

SCHMERZANGABEN BEI PATIENTEN
MIT PSYCHOVEGETATIVEN UND REAKTIVEN
DEPRESSIONSZUSTÄNDEN IM VERGLEICH ZU
SOLCHEN BEI ENDOGENER DEPRESSION UND
BEI ORGANISCHER BEGRÜNDBARKEIT

Eine vergleichende Gegenüberstellung der drei Patientenstichproben
mit dem Ziel differentialdiagnostische Kriterien zu entwickeln

von
Lothar Goltz
aus
Hof/Saale

1981 # 143

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik

der Universität Erlangen-Nürnberg

Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. Daun

SCHMERZANGABEN BEI PATIENTEN MIT PSYCHOVEGETATIVEN UND REAKTIVEN DEPRESSIONSZUSTÄNDEN IM VERGLEICH ZU SOLCHEN BEI ENDOGENER DEPRESSION UND BEI ORGANISCHER BEGRÜNDBARKEIT

Eine vergleichende Gegenüberstellung der drei Patientenstichproben
mit dem Ziel differentialdiagnostische Kriterien zu entwickeln

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

der Medizinischen Fakultät

der Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Lothar Goltz

aus

Hof/Saale

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten

Referent: Prof. Dr. H. Daun

Tag der mündlichen Prüfung: 26.01.1981

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung
 - 1.1 Differentialtypologie der Depressionszustände
 - 1.2 Zum Problem der Schmerzen während der Depression
 - 1.3 Untersuchungsabsicht
2. Methodik
 - 2.1 Untersuchungsplan
 - 2.2 Angewandte Untersuchungsverfahren
 - 2.2.1 Schmerzskala
 - 2.2.2 Erlanger-Depressionsskala
 - 2.2.3 Befindlichkeitsskala
 - 2.2.4 Beschwerdenliste
 - 2.2.5 Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen
 - 2.2.6 Skala für vegetative Funktionsstörungen
 - 2.2.7 MWT-B
 - 2.3 Die Patientenstichproben
 - 2.3.1 Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
 - 2.3.2 Patienten mit endogener Depression
 - 2.3.3 Patienten mit organisch begründbaren Beschwerden (Vergleichsgruppe oder Kontrollgruppe)
 - 2.3.4 Die drei Patientengruppen aufgeschlüsselt nach den Testvariablen Geschlecht, Alter und IQ
 - 2.3.4.1 Geschlechtsverteilung
 - 2.3.4.2 Altersverteilung
 - 2.3.4.3 Intelligenzverteilung
 - 2.4 Durchführung der Untersuchung
 - 2.5 Statistisches Vorgehen bei der Auswertung

3. Ergebnisse
 - 3.1 Anzahl, Lokalisation und körperliche Begründbarkeit der Schmerzangaben
 - 3.1.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
 - 3.1.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten
 - 3.2 Wie beurteilen die depressiven Patienten den Zusammenhang der Schmerzen mit ihrer Krankheit
 - 3.2.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
 - 3.2.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten
 - 3.3 Ergebnisse der Schmerzsкала
 - 3.3.1 Die Faktoren 0 bis VI der Schmerzsкала
 - 3.3.1.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
 - 3.3.1.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten
 - 3.3.1.3 Vergleich mit der Kontrollgruppe
 - 3.3.2 Die 25 Items der Schmerzsкала
 - 3.3.2.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
 - 3.3.2.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten und der Kontrollgruppe insgesamt und mit ihren jeweils entsprechenden Untergruppen
 - 3.4 Ergebnisse der Erlanger Depressionssкала
 - 3.4.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
 - 3.4.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten
 - 3.4.3 Vergleich mit der Kontrollgruppe
 - 3.5 Ergebnisse der Befindlichkeitssкала
 - 3.5.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
 - 3.5.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten

- 3.6 Ergebnisse der Beschwerdenliste
- 3.6.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
- 3.6.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten
- 3.6.3 Vergleich mit der Kontrollgruppe
- 3.7 Ergebnisse der Skala für allgemein somatische Mißempfindungen
- 3.7.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
- 3.7.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten von A. HUBER
- 3.8 Ergebnisse der Skala für vegetative Funktionsstörungen
- 3.8.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
- 3.8.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten von A. HUBER
- 3.9 Befinden im Tagesverlauf
- 3.9.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
- 3.9.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten von A. HUBER
- 3.10 Korrelationsberechnungen mit 23 Testvariablen bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen
- 3.10.1 Die Variablen
- 3.10.2 Die Korrelationen
- 4. Diskussion der Ergebnisse
- 4.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen im Vergleich zu den Patienten mit endogener Depression
- 4.1.1 Ähnlichkeiten
- 4.1.1.1 Geschlechtsverteilung
- 4.1.1.2 Häufigkeit von Schmerzangaben
- 4.1.1.3 Schmerzskala

- 4.1.1.4 Erlanger Depressionsskala und Befindlichkeitsskala
- 4.1.1.5 Beschwerdenliste, Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen, Skala für vegetative Funktionsstörungen
- 4.1.2 Unterschiede
 - 4.1.2.1 Altersverteilung
 - 4.1.2.2 Lokalisation der Schmerzen
 - 4.1.2.3 Befinden im Tagesverlauf
 - 4.1.2.4 Wie beurteilen die Patienten den Zusammenhang der Schmerzen mit ihrer Erkrankung
- 4.2 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen im Vergleich zu den Patienten mit organisch begründbaren Schmerzen
 - 4.2.1 Schmerzskala
 - 4.2.2 Erlanger Depressionsskala
 - 4.2.3 Beschwerdenliste
- 4.3 Weitere Ergebnisse bei den eigenen depressiven Patienten
 - 4.3.1 Häufigkeit der Schmerzangaben pro Patient
 - 4.3.2 Organische Begründbarkeit der Schmerzen
 - 4.3.3 Die Korrelationsberechnungen
- 5. Zusammenfassung
- 6. Anhang
- 7. Literaturverzeichnis

1. EINLEITUNG

1.1 Differentialtypologie der Depressionszustände

Die vielleicht am häufigsten gebrauchte, jedoch nur sehr grobe Einteilung unterscheidet zwischen somatogener, endogener und psychogener Depression (s. P. KIELHOLZ, 1972)

- Somatogene Depressionen haben ihren Ursprung in primären oder sekundären Gehirnerkrankungen. Die klinische Erscheinungsform ist das depressiv getönte Durchgangssyndrom oder hirnorganische Defektsyndrom mit den vielfältigsten Störungen der Affektivität. Der Verlauf kann von einer harmlosen flüchtigen Störung (z. B. Mißmutigkeit bei leichter Hypoglycämie) bis hin zu chronisch-depressiven Verstimmungen (z. B. bei cerebralen Hypoxidosen) variieren.
- Endogene Depressionen gibt es als depressive Phasen der Zykllothymie und im Verlauf abklingender oder chronischer Schizophrenien. Hier ist die Verstimmung unmotiviert und auch durch eine organische Erkrankung nicht erklärbar.
- Psychogene Depressionen können vorwiegend konstitutionell-charakterogenen oder situativ reaktiven Ursprungs sein, wobei es breite Überschneidungsmöglichkeiten gibt. Unter den "abnormen Persönlichkeiten" sind "depressive Psychopathen" hervorzuheben, die schon immer außerordentlich ernst, schwernehmend und pessimistisch waren, aber auch Patienten, bei denen eine "abnorm depressive" Persönlichkeitsentwicklung erst nach einer krisenhaften biographischen Konstellation beginnt, wo also die charakterliche Disposition bislang kompensiert werden konnte (Depressive Erschöpfungszustände).

Und schließlich gibt es noch die "abnormen Erlebnisreaktionen", wobei auf ein belastendes aktuelles Ereignis nach Stärke, Dauer und Art "abnorm depressiv" reagiert wird.

Es muß hier jedoch nochmals darauf hingewiesen werden, daß es sich bei dieser Einteilung um ein sehr grobes Schema handelt und daß eine differenziertere Betrachtung, speziell bei der weiteren Unterteilung der sogenannten psychogenen Depressionen, in der Literatur z. T. zu unterschiedlichen Klassifikationen führt, auf die im Rahmen dieser Arbeit von der nachfolgenden Ausnahme abgesehen nicht weiter eingegangen werden soll.

Nach H. H. WIECK (1979) ergibt sich folgende Einteilung der Depressionen, die insbesondere eine Ausdifferenzierung der psychogenen Depression enthält:

- Endogene Depressionen
- Organisch bedingte Depressionszustände
- Begleitende Depressionszustände
(bei organischen Erkrankungen z. B. nach Herzinfarkt)
- Psychovegetative Depressionszustände
- Reaktive Depressionszustände

In dieser Arbeit wurden speziell Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen untersucht, wobei es sich bei den zuerst genannten vorwiegend um Patienten mit depressiven Erschöpfungszuständen und bei den letzteren um Patienten mit abnormen Erlebnisreaktionen handelt.

Im Gegensatz zur endogenen und auch zur somatogenen Depression treten hier psychische Störungen auf, die nicht durch Krankheit im medizinischen Sinne verursacht werden.

1.2 Zum Problem der Schmerzen während der Depression

Nach H. H. WIECK (1977) hat es sich bei der **zyklothymen** Depression bewährt, fünf depressive Syndromreihen voneinander abzuheben, die sich im Verlauf der Erkrankung gleichmäßig verstärken oder wieder zurückbilden (homogene Syndromdynamik).

1. Depressive Elementargefühle: Niedergeschlagenheit, Angst, Schuldgefühle
2. Verarmung des reaktiven Gefühlslebens
3. Störung der Erlebnisabläufe, vor allem Hemmung
4. Leibliche Mißempfindungen: Lokalisiert, allgemein
5. Vegetative Funktionsstörungen

Die leiblichen Mißempfindungen bilden im Rahmen dieser depressiven Elementarsymptomik nicht nur deshalb eine wichtige Syndromreihe, weil die Patienten sehr häufig und subjektiv sehr stark darunter leiden, sondern auch, weil der zuerst konsultierte Arzt in der Praxis in der Mehrzahl der Fälle zunächst mit diesen von den Patienten angegebenen Beschwerden konfrontiert wird, was häufig zur Verkennung der sich dahinter verborgenen depressiven Phase führt und die Diagnose und Therapie auf verschiedene Irrwege ablenkt.

Die leiblichen Mißempfindungen können nun einerseits den ganzen Körper betreffend erlebt werden (allgemeines Enge- und Druckgefühl) oder auf einzelne Körperteile oder Organe (Kopf, Herz, Bauch etc.) lokalisiert sein.

Manchmal werden diese Mißempfindungen mit anschaulichen Formulierungen beschrieben ("es sitzt ein Felsblock auf meiner Brust") oder "es drückt eine Zentnerlast auf den Kopf"), häufig jedoch wird auch nur über Schmerzen in einzelnen Körperbereichen geklagt, so daß der Verdacht zunächst auf eine organisch bedingte

Erkrankung gelenkt und die sich dahinter verbergende Depression verkannt wird. Dieses häufige Auftreten von Schmerzen ohne organische Ursache findet man nun nicht speziell bei der zylothymen Depression, sondern auch bei Depressionszuständen anderer Genese, was diese Arbeit an Hand der eigenen Patientenstichproben belegen wird.

Zusätzlich wird das allgemeine Beschwerdebild noch von einer Vielzahl von vegetativen Funktionsstörungen überlagert und dadurch häufig, nach Ausschluß einer organischen Ursache, bagatellisiert und lediglich symptomatisch behandelt, ohne die Notwendigkeit einer psychiatrischen Fachbetreuung zu erkennen, deren Aufgabe es dann letztlich bei einer tatsächlich bestehenden Depression ist, die weitere differentialtypologische Zuordnung zu treffen, was für die nachfolgende Therapie von wesentlicher Bedeutung ist.

1.3 Untersuchungsabsicht

Diese Arbeit versteht sich als Beitrag zum besseren Verständnis solcher von depressiven Patienten vorgebrachten Schmerzbeschwerden und hat sich folgende Aufgaben zum Ziele gesetzt:

- I. Erfassung der Häufigkeit, Lokalisation und organischen Begründbarkeit von Schmerzangaben bei Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen.
Erfassung von weiteren charakteristischen Merkmalen dieser Patientenstichprobe mit Hilfe von sechs verschiedenen Selbstbeurteilungsskalen (s. Kap. 2.2)
- II. Vergleich der Ergebnisse dieser Untersuchung mit den Resultaten einer ähnlichen von R. GREINER (1976) z. T. mit denselben Selbstbeurteilungsskalen durchgeführten Arbeit bei endogen depressiven Patienten, mit der Absicht, eventuell bestehende Unterschiede herauszuarbeiten, um differentialtypologische Kriterien im Rahmen der Depressionsklassifikation zu gewinnen.
- III. Vergleich der Ergebnisse dieser Untersuchung mit den Resultaten bei einer Patientenstichprobe mit körperlich begründbaren Schmerzen, um differentialdiagnostische Hinweise bezüglich der Unterscheidung von organisch verursachten Schmerzen und durch Depressionen bedingten Schmerzzuständen zu gewinnen.

2. METHODIK

2.1 Untersuchungsplan

Bei dieser Querschnittsstudie handelt es sich um eine klinische Feldstudie, wobei im Zeitraum 1976 in vier verschiedenen Kliniken 52 stationäre Patienten mit der Diagnose "psychovegetativer bzw. reaktiver Depressionszustand" mit Hilfe verschiedener Selbstbeurteilungsskalen getestet wurden.

Anschließend wurden dann die Testergebnisse z. T. mit Hilfe von Computerberechnungen auf der CD 6600 des Universitäts-Rechenzentrums Erlangen-Nürnberg mit den Ergebnissen aus ähnlichen Untersuchungen bei "zyklothym depressiven Patienten" und "Patienten mit organisch begründbaren Beschwerden" verglichen.

2.2 Angewandte Untersuchungsverfahren

2.2.1 Schmerzskala (SK)

nach F.G. RÖTH und S. LEHRL (1973)

Der Fragebogen (Abb. 1 a) besteht aus 25 schmerzbeschreibenden, umgangssprachlich orientierten Adjektiven in Verbindung mit einer fünfstufigen Intensitätskala, die von "sehr" über "ziemlich", "mittel", "wenig" bis zu "entfällt" reicht.

Somit wird mit dieser Selbstbeurteilungsskala sowohl der qualitative als auch der quantitative Aspekt in der Schmerzbeschreibung erfaßt.

Da, wie erste Untersuchungen an 62 Patienten mit unterschiedlichen Schmerzen aufgezeigt haben, mehrere Adjektive der Skala enger miteinander korrelieren, kann man sechs verschiedene Korrelationskomplexe - auch "Faktoren" oder "Dimensionen" genannt - voneinander unterscheiden, die wiederum untereinander nur geringe Zusammenhänge aufweisen.

Faktor I wird z. B. von den Adjektiven "pochend, spitz, hämmernd und stoßend" gebildet und als "spitze Rhythmik" bezeichnet. (Faktor II-VI s. Abb. 1 b). Der Faktor O, welcher der allgemeinen Orientierung bezüglich der Schmerzintensität dient, wird aus den Angaben zu dem Item "stark" ermittelt.

Zur Gewinnung des Schmerzprofils werden die quantitativen Angaben folgendermaßen bewertet:

"sehr" entspricht vier Punkten, "ziemlich" drei Punkten, "mittel" zwei Punkten, "wenig" einem Punkt und "entfällt" null Punkten.

Auf diese Weise lassen sich 5²⁵ unterschiedliche Schmerzprofile ermitteln und nach Abbildung 1 b graphisch darstellen.

Mehrdimensionale Schmerzskala

Name

Beruf

Alter

Untersuchungsdatum

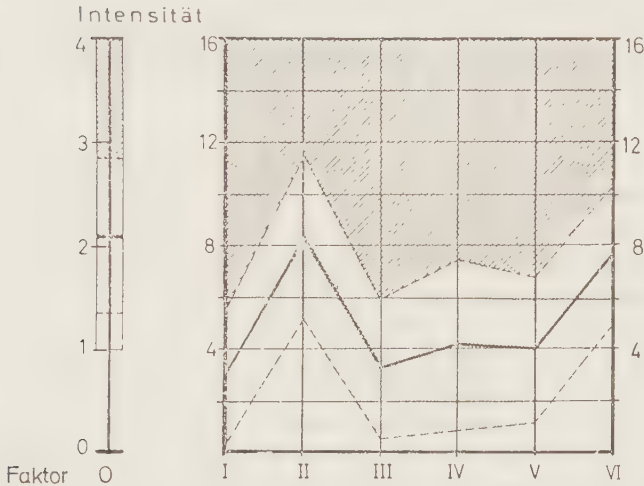
Bemerkungen

		Faktor							
		0	I	II	III	IV	V	VI	Punkte
Meine Schmerzen sind:		sehr	ziemlich	mittel		wenig		entfällt	
01	stark	☐	☐	☐		☐		☐	
02	pochend	☐	☐	☐		☐		☐	
03	stechend	☐	☐	☐		☐		☐	
04	spitz	☐	☐	☐		☐		☐	
05	hartnäckig	☐	☐	☐		☐		☐	
06	bohrend	☐	☐	☐		☐		☐	
07	ziehend	☐	☐	☐		☐		☐	
08	fast angenehm	☐	☐	☐		☐		☐	
09	überall vorhanden	☐	☐	☐		☐		☐	
10	pulsierend	☐	☐	☐		☐		☐	
11	prickelnd	☐	☐	☐		☐		☐	
12	schwer	☐	☐	☐		☐		☐	
13	stumpf	☐	☐	☐		☐		☐	
14	kneifend	☐	☐	☐		☐		☐	
15	häufig	☐	☐	☐		☐		☐	
16	hämmernd	☐	☐	☐		☐		☐	
17	lästig	☐	☐	☐		☐		☐	
18	stoßend	☐	☐	☐		☐		☐	
19	allgemein	☐	☐	☐		☐		☐	
20	überraschend	☐	☐	☐		☐		☐	
21	reißend	☐	☐	☐		☐		☐	
22	schnell vorübergehend	☐	☐	☐		☐		☐	
23	nadelstichartig	☐	☐	☐		☐		☐	
24	spannend	☐	☐	☐		☐		☐	
25	blitzartig durchzuckend	☐	☐	☐		☐		☐	

Abb. 1 a: Mehrdimensionale Schmerzskala

Profil zum Einzeichnen der individuellen Schmerzangaben

Zum Vergleich sind Durchschnittswerte (= —) und Standardabweichungen (= ---) einer Patientengruppe mit sehr verschiedenen Schmerzen (n = 62) eingezeichnet



Das Profil wird folgendermaßen ermittelt:

Ein angekreuzter Kreis der Rubrik

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	entfällt	
entspricht	4	3	2	1	0	Punkten

Auf der linken Säule werden die Punkte der allgemeinen Schmerzangabe „Meine Schmerzen sind stark“ abgetragen (Faktor 0).

Faktor	Benennung	Setzt sich zusammen aus der Summe der folgenden Schmerzurteilspunkte
I	spitze Rhythmik	pochend, spitz, hammernd, stoßend
II	begleitende Lästigkeit	ziehend schwer, häufig, lastig
III	ausgebreitete Stumpfheit	überall vorhanden, stumpf, allgemein, spannend
IV	unberechenbarer Überfall	pulsierend, überraschend, knirschend, blitzartig, durchzuckend
V	stechendes Reißen	stechend, prickelnd, nadelstichartig, kratzend
VI	andauernde Hartnäckigkeit	hartnäckig, bohrend, (—)* fast angenehm, (—)* schnell vorübergehend

* Hier wird (4 - angegebener Schmerzurteilspunkt) eingesetzt

Abb. 1 b: Mehrdimensionale Schmerzskala

2.2.2 Erlanger Depressionsskala (EDS)

nach S. LEHRL, A. GALLWITZ (1977)

Die Skala (Abb. 4) besteht aus neun Feststellungen, deren Zutreffen von der Testperson in jeweils fünf Ausprägungsgraden eingeschätzt werden soll. Dabei erhält bei der Auswertung die Antwort "stimmt genau" vier Punkte, "fast richtig" drei Punkte, "nur halb richtig" zwei Punkte, "stimmt kaum" einen Punkt und "ganz falsch" null Punkte.

Die Depressionsskala ist als zweidimensionale Skala zu interpretieren. Jeweils vier Variable markieren einen Faktor. Der erste Faktor, der als "depressive Stimmung bzw. depressive Zuständlichkeit" gedeutet werden kann, bestimmen die Variablen:

- ich fühle mich nicht wohl
- ich bin traurig
- ich glaube, ich kann nichts leisten
- ich möchte weinen

den zweiten Faktor, der als "Einschränkung der Expansion in die Umwelt, verbunden mit einer Wendung gegen sich selbst" gedeutet werden kann, die Variablen:

- ich möchte etwas unternehmen
- ich mag mich selbst nicht mehr
- ich kann mich nicht entscheiden
- ich möchte mir etwas antun.

Das zusätzliche Statement "ich möchte lustig sein" wird in die Auswertung nicht einbezogen. Es dient der Testperson als Übungsbeispiel zur Gewöhnung an die Skala und dem Auswertenden als Hinweis auf Simulationstendenzen, da auch bei zyklischer Depression normalerweise "stimmt genau" oder "fast richtig" angekreuzt wird.

Bei ersten Untersuchungen wurden von Lehl (1974) folgende Werte ermittelt:

	Faktor I(mQ)	Faktor II(mQ)	Gesamt(mQ)
Depressive Patienten	8,34 (4,91)	7,00 (4,27)	15,41 (5,86)
Organ. kranke Pat.	3,68 (3,46)	3,04 (2,89)	6,72 (4,08)

Tab. 1: Mediane und mittlere Quartile der EDS bei depressiven Patienten sowie organisch Kranken (S. LEHRL, 1974)

EDS

Schätzen Sie bitte Ihr Befinden ein. Setzen Sie hinter jeder der folgenden Feststellungen ein Kreuz in die Spalte, die Ihr Befinden am besten kennzeichnet.

Ein Kreuz in der Spalte „stimmt genau“ bedeutet **k l a r e** Zustimmung zur links stehenden Feststellung. Nicht so klare Zustimmungen trägt man unter „fast richtig“ oder „nur halb richtig“ ein. Bei leichter Ablehnung der Feststellung wird „stimmt kaum“ angekreuzt und bei **k l a r e r** Ablehnung „ganz falsch“.

	stimmt genau	fast richtig	nur halb richtig	stimmt kaum	ganz falsch
Ich möchte lustig sein					
Ich glaube, ich kann nichts leisten					
Ich möchte weinen					
Ich möchte etwas unternehmen					
Ich bin traurig					
Ich möchte mir etwas antun					
Ich fühle mich nicht wohl					
Ich mag mich selbst nicht mehr					
Ich kann mich nicht entscheiden					

	Gesamt	Faktor I	Faktor II
Punkte			

Abb. 2: Erlanger-Depressions-Skala

2.2.3 Befindlichkeitsskala (Bf-S)

nach D.v. ZERSSEN (1976)

Dieses Selbstbeurteilungsverfahren dient der Erfassung des aktuellen Befindens.

Die Skala (Abb. 3) besteht aus 28 jeweils gegensätzlichen Eigenschaftspaaren, die zur Kennzeichnung der Gemütsverfassung geeignet sind.

Der Patient soll in jeder Zeile dasjenige Adjektiv ankreuzen, das für seinen augenblicklichen Zustand am ehesten zutrifft.

Für entschlußlose Testpersonen besteht noch als Ausweichmöglichkeit die Antwort "weder-noch", die mit einem Punkt bewertet wird. Ansonsten erhält das jeweils positivere Adjektiv eines Eigenschaftspaares zwei Punkte, das negativere null Punkte.

Von SCHWARTZ und STRIAN (1972) wird folgende Interpretationshilfe der Befindlichkeitsskala vorgeschlagen:

Summe der Punkte	Gemütsverfassung
0 - 8	hypomanisch-manisch
9 - 16	normal, gut gestimmt
17 - 24	normal, gedrückt
25 - 32	leicht depressiv
33 - 40	deutlich depressiv
40 - 48	erheblich depressiv
49 - 56	schwere Depression

Bf-S

Bf _____

Inst _____ Stat _____ Datum _____ Wt _____

I-Nr _____ ICD-Nr _____ Uhrzeit _____ / Tz _____

V IQ _____

Ab hier vom Patienten auszufüllen:

Name _____ Mädchenname _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre

Beruf _____ Geschlecht m/w

In folgenden finden Sie eine Reihe von Eigenschaftspaaren. Bitte, entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem augenblicklichen Zustand am ehesten entspricht. Machen Sie in das Kästchen hinter der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz in die Spalte „weder – noch“.

Ich fühle mich jetzt:

		eher		eher	weder-noch
1.	frisch		matt		
2.	teilnahmslos		teilnahmsvoll		
3.	froh		schweremütig		
4.	erfolgreich		erfolglos		
5.	gereizt		friedlich		
6.	entschlußlos		entschlußfreudig		
7.	lustig		wenerlich		
8.	gutgelaunt		verstimmt		
9.	appetitlos		appetitfreudig		
10.	gesellig		zurückgezogen		
11.	minderwertig		vollwertig		
12.	entspannt		gespannt		
13.	glücklich		unglücklich		
14.	scheu		zugänglich		
15.	sündig		rein		
16.	sicher		bedroht		
17.	verlassen		umsorgt		
18.	ausgewogen		innerlich getrieben		
19.	selbstsicher		unsicher		
20.	elend		wohl		
21.	beweglich		starr		
22.	müde		ausgeruht		
23.	zögernd		bestimmt		
24.	ruhig		unruhig		
25.	schwunglos		schwungvoll		
26.	nutzlos		unentbehrlich		
27.	schwerfällig		lebhaft		
28.	überlegen		unterlegen		

Abb. 3: Befindlichkeitsskala

2.2.4 Beschwerdenliste (B-L')

nach D. v. ZERSEN (1976)

Der Fragebogen (Abb. 4) dient der Erfassung von allgemeinen Beschwerden, so wie sie nicht nur von psychisch Kranken sondern auch von somatisch kranken Patienten sehr häufig angegeben werden.

Es existieren zwei miteinander hoch korrelierende Kurzformen des Testbogens mit jeweils 24 Items, wobei in dieser Untersuchung die Form B-L' Verwendung fand.

Zur Quantifizierung der Aussagen besteht für jedes Item eine abgestufte Skalierung, die von "stark" über "mäßig" und "kaum" bis zu "gar nicht" reicht. Als Gesamtergebnis gilt die Summe der Ergebnisse der einzelnen Items, wobei die Antwort "stark" mit 3 Punkten, "mäßig" mit zwei Punkten, "kaum" mit einem Punkt und "gar nicht" mit null Punkten bewertet wird.

2.2.5 Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen (SasM)

Unter allgemeine somatische Mißempfindungen faßt man Störungen zusammen, die nicht lokalisiert, sondern den ganzen Körper betreffend erlebt werden.

Die Skala (Abb. 5) besteht aus sechs Feststellungen, die vom Patienten fünfstufig bestätigt bzw. abgelehnt werden können.

Bei der Bewertung der einzelnen Statements wird dieselbe Punkteverteilung wie bei der Schmerzskala vorgenommen. (Null bis vier Punkte).

Als Gesamtergebnis gilt die Summe der Einzelpunkte.

SasM

Geben Sie bitte an, wie Ihnen zumute ist:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht
Ich fühle mich matt					
Ein Druck lastet auf mir					
Ich bin wie zugeschnürt					
Ich bin unruhig					
Ich fühle mich eingeengt					
Ich fühle mich zerschlagen					

Punkte:

Abb. 5: Skala für allgemeine somat. Mißempfindungen

2.2.6 Skala für vegetative Funktionsstörungen (SVF)

In dieser Skala (Abb. 6) sind neun vegetative Störungen aufgeführt, die häufig bei zylothym depressiven Patienten auftreten. (H. H. WIECK 1967).

Bei der Beantwortung und der Bewertung gilt das gleich Prinzip wie bei der Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen.

SVF

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden Sie haben:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht
Ich schlafe schlecht					
Schlaf bringt mir keine Erquickung					
Mein Mund ist trocken					
Ich esse nicht gerne					
Mein Gewicht nimmt ab					
Ich habe Verstopfung					
Ich habe Herzklopfen oder Herzjagen					
Ich schwitze, auch wenn ich nichts tue					
Mir kommen oft die Tränen					

Punkte:

Abb. 6: Skala für vegetative Funktionsstörungen

2.2.7 Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT-B)

S. LEHRL (1977)

Der MWT - in dieser Untersuchung wurde die Form B verwendet - ist zur schnellen Abschätzung des allgemeinen Intelligenzniveaus entwickelt worden und weitgehend unabhängig von seelisch-geistigen Störungen. Er setzt sich aus 37 in der Schwierigkeit ansteigenden Wortzeilen zusammen.

Jede Zeile besteht aus fünf Wörtern, von denen jeweils ein umgangs- oder wissenschaftssprachlich bekanntes zwischen sinnlosen Neukonstruktionen steht.

Beispiele: Funktion-Kuntion-Finzahm-Tuntion-Tunkion
Kirse-Sirke-Krise-Krospe-Serise

Die Testperson erhält nun die Aufgabe, die ihr bekannten Wörter herauszufinden und zu unterstreichen.

Jedes richtig gekennzeichnete Wort wird als Rohpunkt gewertet und die Gesamtpunktzahl Prozenträngen und Intelligenzquotienten tabellarisch zugeordnet. Der MWT-B wurde in der Testbatterie mitgeführt, da bei einem Verbal-IQ unter 80 damit zu rechnen ist, daß die intellektuellen bzw. motivatorischen Voraussetzungen für eine sinnvolle Selbstbeurteilung fehlen. Aus diesem Grunde wurden nachträglich bei dieser Untersuchung dementsprechende Patienten weggelassen.

2.3 Die Patientenstichproben

2.3.1 Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen (= Eigene Patienten)

Insgesamt wurden 52 Patienten mit psychovegetativen bzw. reaktiven Depressionszuständen untersucht. Die Testungen sind 1976 in folgenden Krankenhäusern durchgeführt worden:

Universitäts-Nervenklinik Erlangen
Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Nervenklinik Bamberg
Bezirkskrankenhaus Ansbach *

Es handelt sich ausschließlich um stationär behandelte Patienten. Dabei betrug die mittlere Dauer (Median) des Klinikaufenthaltes bis zum Zeitpunkt der Testung 10,33 Tage. Dementsprechend waren fast alle Patienten mehr oder weniger lang medikamentös vorbehandelt und etwa die Hälfte der untersuchten Personen gab auch, im Vergleich zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme, bereits eine deutliche Besserung in ihrem Befinden an.

* An dieser Stelle möchte ich mich bei den Leitern der Kliniken, den Herren Prof. Dr. med. F. BÖCKER (Bayreuth), Chefarzt Dr. med. HOCK (Bamberg) und Chefarzt Dr. med. KOSLOWSKY (Ansbach) für die Erlaubnis zur Durchführung der Untersuchungen und bei den Stationsärzten, Krankenschwestern und Pflägern für die freundliche Unterstützung herzlichst bedanken.

Die Gründe, die zur stationären Aufnahme führten, sind in Tabelle 2 zusammengefaßt.

	Anzahl der Patienten	Prozent
Zustand nach Suizid	14	26
Lange andauernde depressive Verstimmungen	19	37
Andere, z.T. org. bedingte Erkrankungen	19	37

Tab. 2: Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen aufgeteilt nach den Gründen, die zur stationären Aufnahme führten.

Die 52 getesteten Patienten setzen sich aus 37 (= 71 %) Frauen und 15 (= 29 %) Männern zusammen.

Das Durchschnittsalter (Median) lag bei 42,0 Jahren mit einem mittleren Quartilabstand von 13,3 Jahren. Der jüngste Patient war 17 Jahre, der älteste 78 Jahre alt.

Der Median der Intelligenzquotienten betrug 94,0 mit einem mittleren Quartilabstand von 10,2.

2.3.2 Patienten mit endogener Depression

Es handelt sich um 112 Patienten mit der Diagnose "zyklothyme bzw. endogene Depression," die 1975, an der Universitäts-Nervenkliniken Nürnberg und Bamberg sowie im Bezirkskrankenhaus Ansbach, von R. GREINER mit ähnlichen Mitteln untersucht wurden.

Die Testergebnisse wurden seiner Veröffentlichung - "Vergleich von Schmerzangaben bei zyklotyper Depression und körperlicher Begründbarkeit" - erstellt an der Universitäts-Nervenklinik-Erlangen (1976), entnommen.

2.3.3 Patienten mit organisch begründbaren Beschwerden (Vergleichsgruppe oder Kontrollgruppe)

Diese Gruppe von 82 Patienten mit organisch begründbaren Beschwerden im Kopf-Herz- und Bauchbereich entstammt ebenfalls der Publikation von R. GREINER.

Die Patienten wurden in der Poliklinik der Universitäts-Nervenklinik Erlangen, der Medizinischen Universitäts-Klinik Erlangen, der I. Medizinischen Klinik Nürnberg sowie dem Waldkrankenhaus St. Marien Erlangen getestet.

Bei den Kopfschmerzpatienten handelte es sich um Personen, die psychisch nicht beeinträchtigt waren und zur Abklärung ihrer Schmerzen zum größten Teil die Poliklinik der Universitäts-Nerven-Klinik Erlangen aufsuchten.

Bei den Herzpatienten wurden die Diagnosen "Coronare Herzkrankheit", "Zustand nach Herzinfarkt" und "Vitium cordis" gestellt.

Die Gruppe der Bauchschmerzpatienten zeigte eine sehr heterogene Zusammensetzung (s. Tab. 3)

Diagnose	Anzahl
Pankreatitis	8
Hepatitis	3
Hepatopathie	2
Cholecystopathie	2
Ulcus ventriculi	2
Syndrom der zuführenden Schlinge	1
Cardia-Ca	1
Morbus Crohn	1
Tumormetastasen	1
Unklare Bauchbeschwerden	4
	25

Tab. 3: Die Diagnosen der Bauchschmerzpatienten bei der Vergleichsgruppe

2.3.4 Die drei Patientengruppen aufgeschlüsselt nach den Testvariablen Geschlecht, Alter und Intelligenzquotient

2.3.4.1 Geschlechtsverteilung

	weiblich		männlich	
	Anzahl der Patienten	Prozent	Anzahl der Patienten	Prozent
Eigene depressive Patienten	37	71	15	29
Zyklothym depressive Patienten	87	77	25	23
Vergleichsgruppe	55	67	27	23

Tab. 4: Geschlechtsverteilung der Patienten bei den drei zu vergleichenden Gruppen.

Aus Tabelle 4 ist ersichtlich:

Im depressiven Patientengut sind Frauen mit über 70 Prozent weitaus stärker repräsentiert als Männer.

Bei den eigenen depressiven Patienten wäre diese ungleiche Verteilung, so wie sie im Beobachtungszeitraum 1976 auf den Stationen tatsächlich vorgefunden wurde, mit 85 zu 15 Prozent noch deutlicher sichtbar, wenn nicht die Verhältnisse, im Interesse der besseren Vergleichbarkeit, an die anderen beiden Gruppen angeglichen worden wären.

Die Vergleichsgruppe wurde in den Parametern Geschlechtsverteilung und Alter von vornherein der Gruppe der zykllothym depressiven Patienten angeglichen.

2.3.4.2 Altersverteilung

	Median des Alters	mittlerer Quartilabstand
Eigene depressive Patienten	42,0	13,3
Zyklothym depressive Patienten	49,3	10,0
Vergleichsgruppe	45,9	10,0

Tab. 5: Medianwerte und mittlere Quartilabstände des Alters bei den drei zu vergleichenden Gruppen

Vergleicht man das Durchschnittsalter (Mediane) der beiden depressiven Patientengruppen miteinander, so sind die zykllothym depressiven Patienten um 7,3 Jahren älter als die Patienten mit psychovegetativen bzw. reaktiven Depressionszuständen.

Eine genauere Aufschlüsselung bezüglich der Altersverteilung ist in Abbildung 7 dargestellt.

Bei der eigenen depressiven Patientengruppe ist die deutliche Häufung im dritten und sechsten Lebensjahrzehnt auffallend. Auch bei der zykllothymen Depression findet sich eine Häufung im sechsten Lebensjahrzehnt; es fehlt jedoch der große Anteil der jungen Patienten zwischen 20 und 30 Jahren.

2.3.4.3 Intelligenzverteilung

Wie bereits in Kapitel 2.2.7 beschrieben, handelt es sich beim MWT-B um eine Kurzfassung eines Intelligenztests, die nur eine relativ grobe Beurteilung erlaubt. Die Durchschnittswerte bei den drei Patientengruppen sind in Tabelle 6 zusammengestellt.

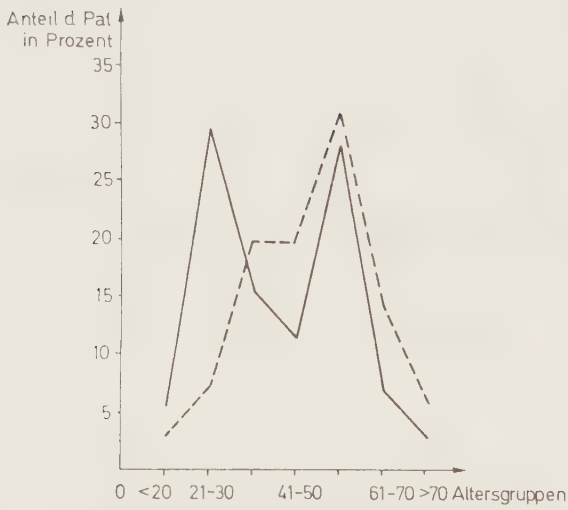


Abb. 7: Altersverteilung bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszustände (—) und zylothymen Depression (---)

	Median	mittlerer Quartilabstand
Eigene depressive Patienten	94,0	10,2
Zyklothym depressive Patienten	98,0	7,8
Vergleichsgruppe	102,7	6,6

Tab. 6: Medianwerte und mittlere Quartilabstände der Intelligenzquotienten bei den drei zu vergleichenden Gruppen

2.4 Durchführung der Untersuchung

Die Auswahl der Patienten richtete sich nach der Diagnose: "Psychogener bzw. reaktiver Depressionszustand".

Die zu testenden Personen wurden zunächst über den Sinn und die Absicht dieser Untersuchung eingehend aufgeklärt.

Anschließend wurden die Testskalen in folgender Reihenfolge vorgelegt: Schmerzskala, Erlanger-Depressions-Skala, Befindlichkeitsskala, Beschwerdenliste, Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen, Skala für vegetative Funktionsstörungen und MWT-B.

Es wurde darauf geachtet, daß die Patienten die Testbögen möglichst selbständig, d.h. ohne Unterstützung des Untersuchers und möglichst ungestört von äußeren Einflüssen (Lärm, Anwesenheit von anderen Personen, etc) ausfüllen konnten.

Bei Patienten, die mehrere Schmerzangaben machten (z. B. Kopf-, Herz- und Bauchschmerzen), wurden dementsprechend mehrere Schmerzskalen, maximal jedoch vier, zur Schmerzbeschreibung herangezogen. Desweiteren wurde die genaue Lokalisation festgehalten und ebenso die "subjektive Wertigkeit" der Schmerzen, d.h. welche Schmerzen für den Patienten im Vordergrund stehen.

Da die meisten Patienten bereits unter Therapie standen, gaben einige an, im Augenblick keine Schmerzen mehr zu empfinden. In diesem Fall wurden sie gebeten, die Schmerzen zu beschreiben, unter denen sie vorher (z.B.

bei der Klinikaufnahme) gelitten haben.

Desweiteren wurde dann mit Hilfe der Krankenunterlagen, im Zweifelsfall auch nach Rücksprache mit dem jeweiligen Stationsarzt, geklärt, inwieweit eine organische Ursache für die geschilderten Beschwerden in Frage kommt bzw. ausgeschlossen werden kann. Da es sich ausschließlich um stationäre Patienten handelte, waren diese auch größtenteils bezüglich ihrer Schmerzen voll durchuntersucht.

2.5 Statistisches Vorgehen bei der Auswertung

Die statistischen Berechnungen wurden auf der CD 3300 des Rechenzentrums der Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführt.

Es wurden die Mediane und mittleren Quartile der einzelnen Fragebogenergebnisse ermittelt und die Unterschiede zwischen den einzelnen Stichproben, mit Hilfe des Mediantests, auf ihre Signifikanz hin überprüft.

Abschließend sind mit 23 Variablen Korrelationsberechnungen durchgeführt worden, wobei einem Zusammenhang zwischen zwei Variablen nur dann Bedeutung beigemessen wurde, wenn der Korrelationskoeffizient größer als 0,40 war.

(Näheres siehe Text bzw. Literatur nach W. WOLF (1972) und L. SACHS (1974)).

3. ERGEBNISSE

3.1 Anzahl, Lokalisation und körperliche Begründbarkeit der Schmerzangaben

3.1.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

	Anz.	Proz.	Männer		Frauen	
		%	A.	%	A.	%
Pat. mit Schmerzen	41	79	11	21	30	58
Pat. ohne Schmerzen	11	21	4	8	7	13
Pat. insgesamt	52	100	15	29	37	71

Tab. 7: Anzahl der eigenen depressiven Patienten mit bzw. ohne Schmerzen aufgeschlüsselt nach Männern und Frauen

- Von den 52 getesteten Personen geben 41 (79 %) Beschwerden in Form von Schmerzen an.
- Die Frauen liegen mit 81 % etwas über, die Männer mit 73 % unter diesem Durchschnittswert.

Eine Zusammenstellung der 41 Schmerzpatienten zeigt Tabelle 8. Es wurden alle Schmerzangaben jedes Patienten aufgenommen und so geordnet, daß die im Vordergrund stehende Beschwerde, unter welcher der Patient subjektiv am meisten leidet, an erster Stelle aufgeführt ist und Beschwerden, die nicht so häufig oder/und nicht so stark in Erscheinung treten, sich an zweiter, dritter bzw. vierter Stelle befinden.

Aus Tabelle 8 ist zu ersehen:

- Über die Hälfte der Schmerzpatienten lokalisieren ihre Beschwerden in mehr als ein Organ bzw. Körperteil. Eine genauere Aufschlüsselung zeigt Tabelle 9:

G	Alter in Jahren	Schmerzlokalisationen			
w	26	KOPF			
w	38	BRUST			
w	22	Kopf			
w	21	Kopf			
w	50	BAUCH	Kopf		
w	49	Kopf	BAUCH	Herz	RÜCKEN
w	30	Kopf	Herz	RÜCKEN	
w	39	Kopf			
w	56	Bauch	Herz	RÜCKEN	Kopf
w	17	Kopf	Bauch		
w	69	BAUCH	HERZ		
w	78	BRUST	RÜCKEN		
w	62	RÜCKEN	Kopf	HERZ	
w	31	Herz	Kopf		
w	23	Kopf	Herz		
w	56	RÜCKEN			
w	27	Kopf			
w	52	Kopf	Rücken	GELENKE	
w	23	Kopf			
w	25	Kopf			
w	29	Herz	Kopf	GELENKE	
w	35	HERZ	Kopf		
w	57	KOPF	Herz		
w	52	KOPF			
w	53	Kopf	Bauch	Herz	
w	52	Herz	Kopf		
w	54	Kopf	Bauch		
w	32	Kopf	Bauch		
w	25	Kopf	RÜCKEN		
w	63	Bauch	Kopf		
m	45	Bauch	Herz	Kopf	
m	57	HERZ	GELENKE	Kopf	
m	52	Bauch			
m	56	KOPF			
m	24	Kopf			
m	22	Kopf			
m	25	Kopf			
m	52	Kopf			
m	21	Bauch	Herz		
m	50	Kopf			
m	38	Kopf			

Tab. 8: Zusammenstellung aller Schmerzangaben bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen. (w = weiblich, m = männlich) Körperlich begründbare Schmerzen sind in Großbuchstaben geschrieben. Weitere Erläuterungen zur Tabelle s. Text.

Anzahl der Schmerz- lokalisationen/Pat.	Anzahl der Patienten	Prozent	Median des Alters
1	18	44	32,5
2	14	34	42,5
3	7	17	52,0
4	2	5	52,5

Tab. 9: Eigene depressive Patienten aufgeschlüsselt nach Anzahl ihrer Schmerzlokalisationen und Alter

Von den 41 Schmerzpatienten wurden demnach insgesamt 75 Schmerzbeschreibungen aufgenommen und ausgewertet.

- Der Median des Alters steigt mit der Anzahl der angegebenen Schmerzlokalisationen an.

Eine Aufstellung über die Häufigkeit der Lokalisation aller beschriebener Schmerzen in bestimmte Körperregionen zeigt Tabelle 10:

Lokalisation	Häufigkeit der Schmerzen		davon körperlich nicht begründbar	
	Pat.	%	Pat.	%
Kopf	35	85	31	89
Herz	15	36	11	73
Bauch	12	29	9	75
Rücken	8	20	1	13
Gelenke	3	7	-	-
Brust	2	5	-	-

Tab. 10: Schmerzen der eigenen depressiven Patienten aufgeschlüsselt nach Lokalisation und Häufigkeit sowie Anteil der körperlich nicht begründbaren Schmerzen

- Mit 85 % der Häufigkeit stehen die Kopfschmerzen an erster Stelle im psychogen depressiven Patientengut. Nur in etwa 10 % dieser Fälle kann eine neurologische, internistische oder traumatische Ursache gefunden werden.

Zu 90 % handelt es sich um "psychogenes Kopfweh", das im Zusammenhang mit der Depression gesehen werden muß und somit in die psychiatrische Zuständigkeit fällt.

- Ähnliche Verhältnisse finden sich bei den Herz- und Bauchschmerzen, die mit 36 % und 29 % an zweiter bzw. dritter Stelle zu finden sind.
Bei 75 % aller Beschwerden ist kein organischer Befund zu erheben.
- Anders ist die Situation bei den Rückenschmerzen.
Bei sieben von acht Patienten könnte man die Beschwerden auf eine organische Ursache zurückführen. In fast allen Fällen handelt es sich dabei um degenerative Veränderungen der Wirbelsäule. Der Median des Alters der Patienten liegt mit 54 Jahren dementsprechend hoch.
Bemerkenswert erscheint, daß sechs dieser Patienten angeben, ihre Schmerzen würden zwar auch unabhängig von der Depression auftreten, sich aber während einer depressiven Phase verschlimmern.
- Bei den Patienten mit Gelenk- und Brustschmerzen ist es in jedem einzelnen Fall möglich, die Beschwerden auf eine organische Ursache zurückzuführen. Vier dieser fünf Personen gaben auch an, daß ihre Schmerzen vollkommen unabhängig von der Depression auftreten würden.

Die Gruppen sind jedoch zu klein, um eine allgemeingültige Aussage machen zu können.

Betrachtet man bei den Schmerzpatienten nur die Hauptbeschwerden, die in Tabelle 8 in der ersten Spalte aufgeführt sind, so ergibt sich ein etwas anderes Bild der Häufigkeit der Schmerzlokalisationen

Lokalisation	Häufigkeit der Schmerzen Pat.	%	davon körperlich nicht begründbar Pat.	%
Kopf	25	61	21	84
Bauch	7	17	5	71
Herz	5	12	3	60
Rücken	2	5	-	-
Brust	2	5	-	-
	41	100	29	71

Tab. 11: Hauptschmerzen der eigenen depressiven Patienten aufgeschlüsselt wie in Tab. 10

- Die Kopfschmerzen stehen auch hier mit 61 % bei weitem an der Spitze der Häufigkeit. Dann folgen die Bauchschmerzen mit 17 % und die Herzschmerzen mit 12 %.
- Außerdem werden noch in zwei Fällen Rückenschmerzen und in zwei weiteren Brustschmerzen als im Vordergrund stehende Beeinträchtigung genannt.
- Des weiteren fällt auf, daß der Anteil der körperlich begründbaren Beschwerden (Kopf 16 %, Bauch 29 %, Herz 40 %) zwar etwas höher als in Tabelle 10 liegt (Kopf 11 %, Bauch 25 %, Herz 27 %), jedoch nicht so deutlich, daß man daraus die Schlußfolgerung ziehen könnte, depressive Patienten würden unter körperlich begründbaren Beschwerden wesentlich stärker leiden als unter ihren "psychogenen Schmerzzuständen" und deswegen diese Beschwerden in den Vordergrund stellen.

Da es sich hier ausschließlich um stationäre Patienten handelt und außerdem ein Großteil von ihnen wegen ihrer Beschwerden bereits des öfteren einen Arzt konsultiert hat, kann man davon ausgehen, daß alle Patienten

hinsichtlich der Schmerzangaben voll durchuntersucht sind.

Tabelle 12 zeigt das Ergebnis dieser Untersuchungen.

	PATIENTEN		BESCHWERDEN	
	A	%	A	%
Alle Schmerzen org. begründbar	7	17	9	12
Alle Schmerzen org. nicht begründbar	23	56	35	47
Pat. mit org.begr./ und org. nicht begr. Schmerzen	11	27	31 (14/ 17)	41 (18/ 25)
	41	100	75	100

Tab. 12: Schmerzen der eigenen depressiven Patienten aufgeschlüsselt nach der organischen Begründbarkeit ihrer Schmerzangaben

- Bei 17 % der Patienten sind alle ihrer vorgebrachten Schmerzangaben auf eine organische Ursache zurückzuführen.
- 83 % der Patienten geben Schmerzen an, die organisch nicht begründbar sind, wobei 27 % in dieser Gruppe noch zusätzlich organisch begründbare Schmerzen besitzen.

3.1.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten

- Der Anteil der Patienten mit Schmerzen liegt bei der Stichprobe mit endogener Depression mit 90 % um 11 % höher als bei der vorliegenden Stichprobe. Es handelt sich jedoch um keinen signifikanten Unterschied (Vorzeichentest).
Auch bei der Häufigkeit der Schmerzlokalisationen ergeben sich einige Unterschiede:
Beim Vergleich können nur die Zahlen von Tabelle 11 herangezogen werden, da GREINER von jedem Patienten lediglich die Hauptbeschwerden aufgenommen und ausgewertet hat.
- Auch hier treten die Schmerzen im Kopf am häufigsten auf, mit 37 Prozent jedoch deutlich weniger oft als bei den eigenen depressiven Patienten.
- Dafür stehen hier die Herz- (29 %) und Bauchschmerzen (22 %) mit fast doppelter Häufigkeit an zweiter bzw. dritter Stelle.
- Desweiteren geben 6 % "generalisierte Schmerzen" im ganzen Körper an, was bei den psychogen depressiven Patienten in keinem Fall zutraf.
- Die Anzahl der Rückenschmerzpatienten liegt mit 5 % in der gleichen Größenordnung.

3.2 Wie beurteilen die depressiven Patienten den Zusammenhang der Schmerzen mit ihrer Krankheit

3.2.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

Im Verlauf der Untersuchung wurde auch der Frage nachgegangen, ob denn die Patienten selbst eine Verbindung zwischen den Schmerzen und ihrer Erkrankung sehen.

Sie wurden gebeten, ein Urteil darüber abzugeben, ob die Schmerzen nur während der Depression aufträten (A), oder auch sonst, sich jedoch während einer depressiven Phase verschlimmerten (B) oder ob kein Zusammenhang zwischen Schmerzen und Depression bestünde (C)

Die Antworten sind in Tabelle 13 zusammengefaßt.

	Kopf	Herz	Bauch	Rücken	Summe
A	31 %	7 %	15 %	-	20 %
B	60 %	80 %	62 %	75 %	66 %
C	9 %	13 %	23 %	25 %	14 %

Tab. 13: Subjektive Beurteilung der eigenen depressiven Patienten über den Zusammenhang der Schmerzen mit ihrer Erkrankung

- Es zeigt sich, daß nur 20 % aller Patienten einen direkten Zusammenhang zwischen den Schmerzen und ihrer Erkrankung sehen.

Dabei stehen die Kopfschmerzpatienten mit 31 % an der Spitze, gefolgt von den Bauchschmerzpatienten mit 15 % und den Herzschmerzpatienten mit 7 %.

Die Rückenschmerzen treten offensichtlich bei keinem Patienten nur während der Depression auf.

- 66 % aller Patienten geben an, daß die Schmerzen, die auch sonst vorhanden seien, sich während der Depression verschlimmerten. Schmerzen werden demnach während einer depressiven Phase von den meisten Patienten intensiver empfunden, als bei psychischem Wohlbefinden sein.
- 14 % aller Patienten sehen keinerlei Zusammenhang zwischen den Schmerzen und ihrer Erkrankung.

3.2.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten

	Kopf	Herz	Bauch	Rücken	Summe
A	58 %	55 %	56 %	-	54 %
B	23 %	21 %	22 %	20 %	22 %
C	19 %	24 %	22 %	80 %	24 %

Tab. 14: Subjektive Beurteilung der endogen depressiven Patienten über den Zusammenhang der Schmerzen mit ihrer Erkrankung

- Im Gegensatz zu den eigenen depressiven Patienten bestätigen hier über die Hälfte (54 %) der Testpersonen, daß ihre Schmerzen nur während der Depression auftraten.

Es ergeben sich keine Unterschiede in der Häufigkeit zwischen Kopf-Herz- oder Bauchschmerzpatienten. Rückenschmerzen treten jedoch auch bei den zykllothym depressiven Patienten nie ausschließlich während der Depression auf.

- 22 % der Patienten geben an, daß die Intensität von auch sonst bestehenden Schmerzen, während einer depressiven Phase zunähme

- 24 % der Patienten verneinen jeglichen Zusammenhang zwischen Schmerzen und ihrer Erkrankung.

Im Ganzen gesehen scheint demnach bei den zykllothym depressiven Patienten der subjektive Zusammenhang zwischen Schmerz und Depression stärker ausgeprägt zu sein, als bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen.

3.3 Ergebnisse der Schmerzskala

Es stellt sich hier nun speziell die Frage, ob die depressiven Patienten ihre Schmerzempfindungen mittels der Schmerzskala anders beschreiben, als die Vergleichsgruppe ihre organisch begründbaren Beschwerden.

Um eine bessere Differenzierung zur Vergleichsgruppe zu erhalten, werden bei den eigenen depressiven Patienten nur diejenigen Schmerzbeschreibungen zum Vergleich herangezogen, denen kein organ-pathologischer Befund zu Grunde liegt.

Desweiteren werden lediglich die Ergebnisse der Patienten mit Kopf-, Herz- und Bauchschmerzen verwendet, da die anderen Untergruppen vom statistischen her gesehen zu klein sind.

Die drei zu vergleichenden Stichproben zeigen demnach zahlenmäßig folgende Zusammensetzung:

	Eigene depr. Pat.	Endog. depr. Pat.	Vergleichs- od. Kontrollgruppe
Kopf	31 (100 %)	40 (100 %)	30 (100 %)
Herz	11 (35 %)	29 (73 %)	27 (90 %)
Bauch	9 (29 %)	23 (58 %)	16 (53 %)

Tab. 15: Untergruppen bei den drei Patientenstichproben Absolut- und Prozentwerte

3.3.1 Die Faktoren 0 - VI der Schmerzskala

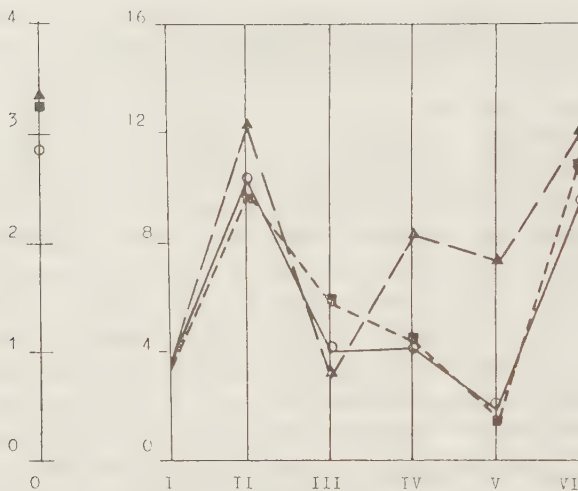
3.3.1.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen _ _ _ _ _

Faktor	Median mQ Insgesamt		Median mQ Kopf		Median mQ Herz		Median mQ Bauch	
0	3,09	0,79	2,89	0,83	3,38	0,63	3,33	0,72
I	2,92	2,55	3,25	2,41	4,00	2,38	0,14	0,32
II	10,19	1,45	9,88	1,37	11,67	1,31	9,75	1,75
III	3,81	1,33	3,58	1,69	2,33	2,00	5,13	0,63
IV	4,43	2,31	3,75	2,14	8,00	1,37	4,00	4,22
V	2,75	2,95	1,40	2,15	7,00	3,75	1,00	2,97
VI	9,81	1,77	9,58	1,16	8,25	2,75	10,88	1,25

Tab. 16: Mediane und mittlere Quartile (mQ) der Faktoren 0 bis VI der Schmerzskala bei den eigenen depressiven Patienten.

Die graphische Darstellung der Ergebnisse bei den Kopf-, Herz- und Bauchschmerzpatienten ist in Abbildung 8 wiedergegeben. Vergleicht man den Verlauf der drei Profile miteinander, so fällt folgendes auf:

- Die Herzschmerzpatienten besitzen in den Faktoren IV ("unberechenbarer Überfall") und V ("stechendes Reißen") im Gegensatz zu den beiden anderen Untergruppen relativ hohe Werte.
- Bei den Bauchschmerzpatienten ist Faktor I ("spitze Rhythmik") sehr schwach repräsentiert, während Faktor III ("ausgebreitete Stumpfheit") relativ stark ausgeprägt ist.
- Bei den Kopfschmerzpatienten ist im Gegensatz zu den beiden anderen Profilen kein typischer Faktor zu erkennen. Im Ganzen gesehen zeigt sich hier eine größere Ähnlichkeit zu den Bauchschmerzpatienten, als zu den Herzschmerzpatienten.



Faktor	Bezeichnung
I	spitze Rhythmik
II	begleitende Lästigkeit
III	ausgebreitete Stumpfheit
IV	unberechenbarer Überfall
V	stechendes Reißen
VI	andauernde Hartnäckigkeit

Auf der linken Skala wird das Item 1 der Schmerzskala eingezeichnet (Faktor 0)

Abb. 8: Die Schmerzskalenprofile bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

- 0 ——— Kopfschmerzen
- ▲ ——— Herzschmerzen
- - - - - Bauchschmerzen

- In der Intensität der Schmerzen (Faktor 0), welche ein Maß für die subjektive Beeinträchtigung darstellt, ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede.

Um die Differenzen auf ihre Signifikanz hin zu überprüfen, wird als Mediantest der Vierfeldertest verwendet. (L. SACHS (1974))

Wegen der Kleinheit mancher Gruppen findet die YATESsche Korrektur Anwendung, um eine bessere Anpassung an die χ^2 -Verteilung zu erhalten.

Die Ergebnisse dieser Berechnungen sind in Tabelle 17 zusammengefaßt.

Faktor	Kopf-Herz	Kopf-Bauch	Bauch-Herz
0	N.S.	N.S	N.S
I	N.S	N.S	5 %
II	N.S	N.S	N.S
III	N.S	5 %	N.S
IV	1 %	N.S	N.S
V	N.S	N.S	N.S
VI	N.S	N.S	N.S

Tab. 17: Signifikanzberechnungen der Schmerzskalenfaktoren bei den Untergruppen der eigenen depressiven Patienten

N.S = nicht signifikant

1 % = signifikant auf dem 1 %-Niveau

5 % = signifikant auf dem 5 %-Niveau

Trotz der oben beschriebenen optisch erkennbaren Unterschiede, zeigt sich hier insgesamt betrachtet doch eine große Ähnlichkeit in den Schmerzskalenfaktoren. Die Untergruppen differieren im gegenseitigen Vergleich nur jeweils in einem Faktor signifikant.

Vergleicht man dieses Ergebnis mit ähnlichen Berechnungen, die R. GREINER bei den zykllothym depressiven Patienten und der Vergleichsgruppe angestellt hatte, so läßt sich folgendes feststellen:

- Bei der Vergleichsgruppe finden sich wesentlich mehr signifikant unterschiedliche Faktoren.

Kopf-Herz: Faktor I - VI

Kopf-Bauch: Faktor II - V

Herz-Bauch: Faktor VI

- Bei den zykllothym depressiven Patienten ergibt sich zwar zwischen den einzelnen Untergruppen ebenfalls eine bessere, jedoch nicht so deutliche Differenzierung wie bei der Vergleichsgruppe.

Kopf-Herz: Faktor I, II und VI

Kopf-Bauch: Faktor II und VI

Herz-Bauch: Faktor I und VI

Bemerkenswert ist, daß es sich bei den zykllothym depressiven Patienten um andere signifikant unterschiedliche Faktoren handelt als bei den eigenen depressiven Patienten.

Bei den depressiven Stichproben scheint jedoch gemeinsam zu sein, daß sie ihre verschiedenen Schmerzen weniger differenziert als die Patienten mit org. begründbaren Beschwerden zum Ausdruck bringen.

3.3.1.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten

Der Verlauf der Profile ist den Abbildungen 9 bis 12 zu entnehmen.

Um signifikante Abweichungen zu erkennen, wurden wiederum Berechnungen nach dem Vierfeldertest durchgeführt.

Faktor	Insgesamt	Kopf	Herz	Bauch
O	N.S	N.S	N.S	N.S
I	N.S	N.S	N.S	N.S
II	N.S	N.S	N.S	N.S
III	5 %	5 %	N.S	N.S
IV	N.S	N.S	5 %	N.S
V	N.S	N.S	N.S	N.S
VI	N.S	1 %	N.S	N.S

Tab. 18: Signifikanzberechnungen der Schmerzskalenfaktoren bei den eigenen depressiven Patienten im Vergleich zu den endogen depressiven Patienten

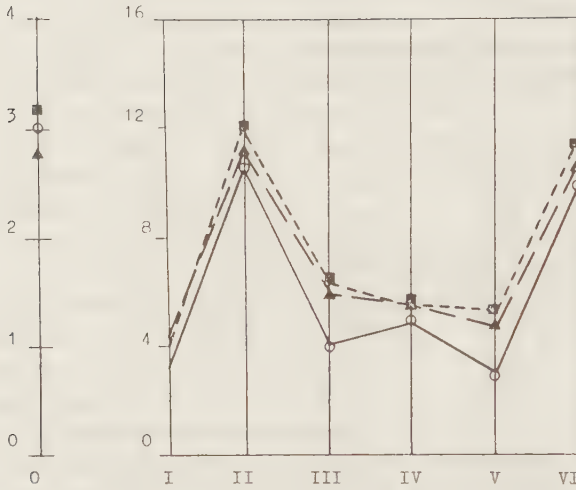
Insgesamt betrachtet zeigt sich eine große Ähnlichkeit beider Depressionsstichproben.

Lediglich in Faktor III ("ausgebreitete Stumpfheit") liegen die Zykllothym depressiven Patienten auf dem 5 %-Niveau signifikant höher.

Kopf: Hier besitzen die zykllothym depressiven Patienten in den Faktoren III und VI ("andauernde Hartnäckigkeit") höhere Werte.

Herz: Faktor IV ("unberechenbarer Überfall") wird von den zykllothym depressiven Patienten niedriger bewertet.

Bauch: Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in den Faktoren.



FAKTOR

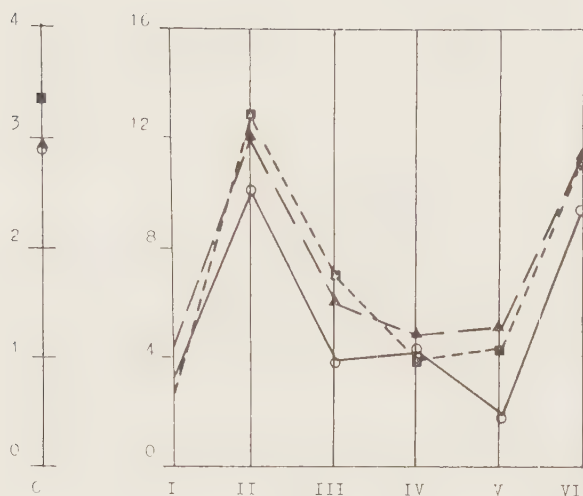
BEDEUTUNG

I	spitze Rhythmik
II	begleitende Lästigkeit
III	ausgebreitete Stumpfheit
IV	unberechenbarer Überfall
V	stechendes Reißen
VI	andauernde Hartnäckigkeit

Auf der linken Skala wird das Item 1 der Schmerzskala abgetragen (Faktor 0)

Abb. 9: Die Schmerzskalenprofile bei den drei zu vergleichenden Patiententypen insgesamt

- 0 ——— eigene depressive Patienten
- ▲ ——— endogen depressive Patienten
- - - - - Patienten mit organisch begründbaren Schmerzen



FAKTOR

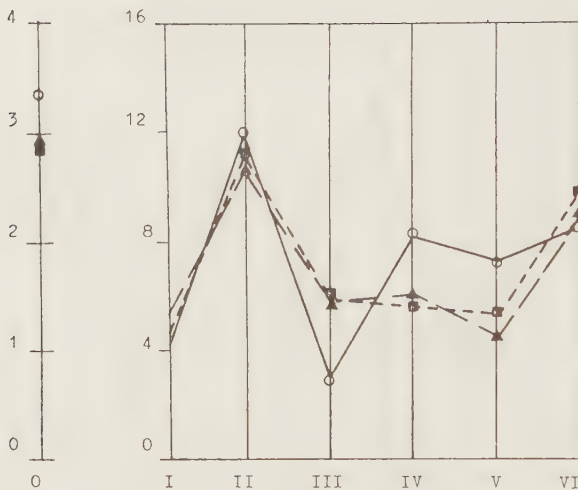
BENENNUNG

I	spitze Rhythmik
II	begleitende Lästigkeit
III	ausgebreitete Stumpfheit
IV	unberechenbarer Überfall
V	stechendes Reißen
VI	andauernde Hartnäckigkeit

Auf der linken Skala wird das Item 1 der Schmerzskala abgetragen (Faktor 0)

Abb. 10: Die Schmerzskalenprofile bei den Patienten mit Kopfschmerzen

- ——— eigene depressive Patienten
- ▲ ——— endogen depressive Patienten
- - - - - Vergleichsgruppe



FAKTOR

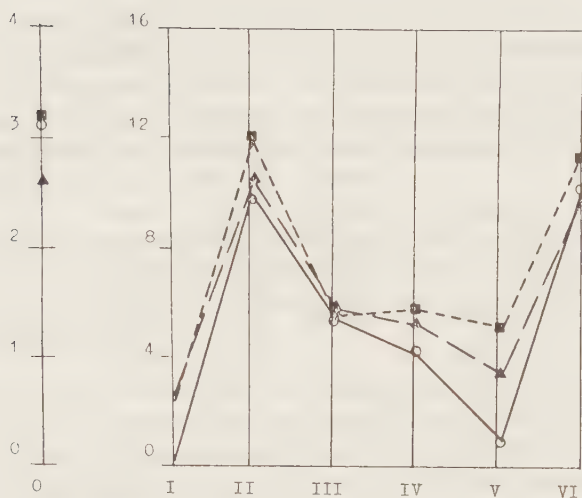
BENENNUNG

I	spitze Rhythmik
II	begleitende Lästigkeit
III	ausgebreitete Stumpfheit
IV	unberechenbarer Überfall
V	stechendes Reißen
VI	andauernde Hartnäckigkeit

Auf der linken Skala wird das Item 1 der Schmerzskala abgetragen (Faktor 0)

Abb. 11: Die Schmerzskalenprofile bei den Patienten mit Herzschmerzen

- O — eigene depressive Patienten
- ▲ — endogen depressive Patienten
- — Vergleichsgruppe



FAKTOR

BENENNUNG

.	spitze Rhythmik
II	begleitende Lästigkeit
III	ausgebreitete Stumpfheit
IV	unberechenbarer Überfall
V	stechendes Reißen
VI	andauernde Hartnäckigkeit

Auf der linken Skala wird das Item 1 der Schmerzskala abgetragen (Faktor 0)

Abb. 12: Die Schmerzskalenprofile bei den Patienten mit Bauchschmerzen

- ——— eigene depressive Patienten
- ▲ ——— endogen depressive Patienten
- ——— Vergleichsgruppe

3.3.1.3 Vergleich mit der Kontrollgruppe

Es zeigt sich, betrachtet man die Kopf-, Herz- und Bauchschmerzen insgesamt, ein deutlich stärkerer Unterschied in den Profilen, als beim Vergleich der beiden Depressionsstichproben miteinander. Drei Faktoren werden z. T. hochsignifikant unterschiedlich bewertet.

Faktor	Insgesamt	Kopf	Herz	Bauch
O	N.S	N.S	N.S	N.S
I	N.S	N.S	N.S	N.S
II	0,1 %	0,1 %	N.S	N.S
III	0,1 %	0,1 %	N.S	N.S
IV	N.S	N.S	5 %	N.S
V	N.S	N.S	N.S	N.S
VI	1 %	0,1 %	N.S	N.S

Tab. 19: Signifikanzberechnungen der Schmerzskalenfaktoren bei den eigenen depressiven Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe

Die "begleitende Lästigkeit" (II), die "ausgebreitete Stumpfheit" (III) und die "andauernde Hartnäckigkeit" (VI) sind bei den Patienten mit organisch begründeten Schmerzen stärker betont.

Kopf: Das gleiche Bild ergibt sich bei den Kopfschmerzpatienten allein.

Herz: Hier differiert nur ein Faktor signifikant, und zwar derselbe, wie beim Vergleich mit den zykllothym depressiven Patienten. Die eigenen depressiven Patienten liegen auch hier im Faktor IV, repräsentiert durch die Items "pulsierend", "überraschend", "kneifend" und "blitzartig durchzuckend", signifikant höher.

Bauch: Keine signifikanten Unterschiede, genauso wie beim Vergleich der beiden depressiven Stichproben miteinander.

3.3.2 Die 25 Items der Schmerzskala

Um ein differenzierteres Bild der unterschiedlichen Schmerzbeschreibungen zu erarbeiten, werden nun analog zu den Faktoren die 25 Items der Schmerzskala miteinander verglichen.

Bestimmt man von jedem Item den Medianwert der jeweils angegebenen Schmerzurteilspunkte (0-4), so erhält jede Gruppe bzw. Untergruppe ein spezifisches Schmerzprofil, wie es in den Abbildungen 13-17 wiedergegeben ist. Mit Hilfe des Mediantests werden die bereits optisch erkennbaren Unterschiede der einzelnen Profile hinsichtlich ihrer Signifikanz überprüft.

Die Anzahl der signifikanten χ^2 -Werte aus dem Median-test wird als Maß für die Ähnlichkeit bzw. Verschiedenheit der einzelnen Gruppen verwendet.

3.3.2.1 Die Patienten mit psychovegetativen und
reaktiven Depressionszuständen - - - -

Eine tabellarische Zusammenfassung der Medianwerte der 25 Items zeigt Tabelle 20. Die entsprechenden Werte der beiden anderen Patientenstichproben, die für die nachfolgenden Vergleiche herangezogen werden, sind der Arbeit von R. GREINER (1976) zu entnehmen.

Betrachtet man nun ausschließlich diejenigen Items, in denen sich die einzelnen Untergruppen signifikant voneinander unterscheiden, so ergibt sich das Bild in Tabelle 21.

Meine Schmerzen sind:

stark
pochend
stechend
spitz
hartnäckig
bohrend
ziehend
fast angenehm
überall vorhanden
pulsierend
prickelnd
schwer
stumpf
kneifend
häufig
hämmernd
lästig
stoßend
allgemein
überraschend
reißend
schnell vorübergehend
nadelstichtartig
spannend
blitzartig durchzuckend

sehr ziemlich mittel wenig entfällt



Abb. 13: Die Profile der Schmerzadjektive bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

— Kopfschmerzen
- - - Herzschmerzen
- . - Bauchschmerzen

Meine Schmerzen sind:

stark
pochend
stechend
spitz
hartnäckig
bohrend
ziehend
fast angenehm
Überall vorhanden
pulsierend
prickelnd
schwer
stumpf
kneifend
häufig
hämmernd
lästig
stoßend
allgemein
überraschend
reißend
schnell vorübergehend
nadelstichtartig
spannend
blitzartig durchzuckend

sehr ziemlich mittel wenig entfällt

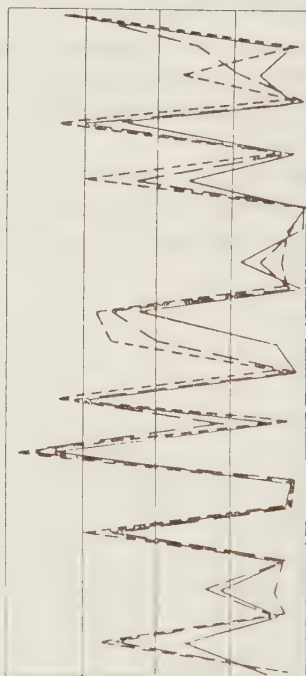


Abb. 14: Die Profile der Schmerzadjektive bei den drei zu vergleichenden Patientengruppen insgesamt

———— eigene depressive Patienten
- - - - - endogen depressive Patienten
- · - - - Patienten mit organisch begründbaren Schmerzen

Meine Schmerzen sind:

stark
 pochend
 stechend
 spitz
 hartnäckig
 bohrend
 ziehend
 fast angenehm
 überall vorhanden
 pulsierend
 prickelnd
 schwer
 stumpf
 kneifend
 häufig
 hämmernd
 lästig
 stoßend
 allgemein
 überraschend
 reißend
 schnell vorübergehend
 nadelstichtartig
 spannend
 blitzartig durchzuckend

sehr ziemlich mittel wenig entfällt

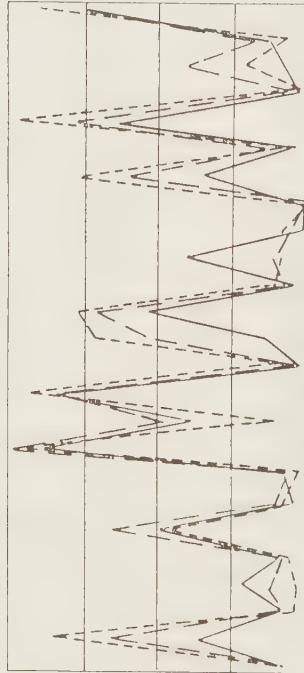


Abb. 15: Die Profile der Schmerzadjektive bei den Kopfschmerzen

— eigene depressive Patienten
 - - - endogen depressive Patienten
 . . . Vergleichsgruppe

Meine Schmerzen sind:

sehr ziemlich mittel wenig entfällt

stark
pochend
stechend
spitz
hartnäckig
bohrend
ziehend
fast angenehm
überall vorhanden
pulsierend
prickelnd
schwer
stumpf
kneifend
häufig
hämmernd
lästig
stoßend
allgemein
überraschend
reißend
schnell vorübergehend
nadelstichartig
spannend
blitzartig durchzuckend



Abb. 16: Die Profile der Schmerzadjektive bei den Herzschmerzen

———— eigene depressive Patienten
----- endogen depressive Patienten
..... Vergleichsgruppe

Meine Schmerzen sind:

stark
pochend
stechend
spitz
hartnäckig
bohrend
ziehend
fast angenehm
Überall vorhanden
pulsierend
 prickelnd
schwer
stumpf
kneifend
häufig
hämmernd
lästig
stoßend
allgemein
überraschend
reißend
schnell vorübergehend
nadelstichartig
spannend
blitzartig durchzuckend

sehr ziemlich mittel wenig entfällt

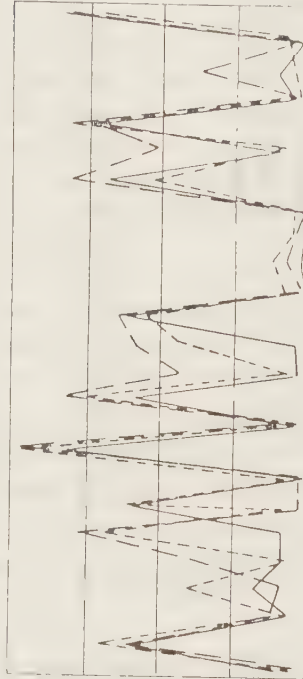


Abb. 17: Die Profile der Schmerzadjektive bei den Bauchschmerzen

———— eigene depressive Patienten
----- endogen depressive Patienten
..... Vergleichsgruppe

Item	Medianwerte			
	Insgesamt	Kopf	Herz	Bauch
1	3.03	2.89	3.13	3.33
2	0.35	0.57	0.29	0.06
3	0.71	0.36	2.88	0.40
4	0.21	0.17	0.42	0.14
5	2.45	2.44	1.00	2.88
6	0.25	0.28	0.19	0.25
7	1.58	1.25	2.67	2.63
8	0.04	0.05	0.05	0.00
9	0.05	0.07	0.05	0.00
10	0.86	1.57	0.29	0.06
11	0.08	0.10	0.11	0.00
12	2.20	2.00	2.60	2.38
13	0.44	0.58	0.42	0.25
14	0.11	0.10	0.11	0.14
15	2.94	3.25	2.80	2.25
16	0.48	1.25	0.29	0.06
17	3.33	3.45	3.33	3.14
18	0.23	0.32	0.19	0.06
19	0.30	0.24	0.11	2.33
20	2.63	1.88	3.71	0.40
21	0.35	0.36	0.29	0.40
22	1.05	0.81	2.18	0.71
23	0.38	0.36	3.00	0.14
24	1.55	1.38	1.00	2.33
25	0.48	0.36	3.25	0.40

Tab. 20: Medianwerte der 25 Items bei den eigenen depressiven Patienten (n = 41)

Kopf-Herz	Kopf-Bauch	Herz-Bauch
3+++	2+	19++
20++	10+	
22+	16++	
	19+	

Tab. 21: Signifikant unterschiedliche Items beim Vergleich der Untergruppen der eigenen depressiven Patienten

+ = sign. auf dem 0,1 %-Niveau
 ++ = sign. auf dem 1 %-Niveau
 +++ = sign. auf dem 5 %-Niveau

Kopf-Herz: Hier ergeben sich in drei Items Unterschiede. Der Herzschmerz wird im Vergleich zum Kopfschmerz als "stechender", "überraschender" und "schneller vorübergehend" beschrieben.

Kopf-Bauch: Bei den Kopfschmerzen, im Vergleich zu den Bauchschmerzen steht der "hämmernde", "pulsierende" und "pochende" Schmerzcharakter im Vordergrund, während die Bauchschmerzpatienten das Item "allgemein" wesentlich häufiger angeben, was dafür spricht, daß die Bauchschmerzen nicht differenziert dargestellt werden können.

Herz-Bauch: Auch hier ist das Item 19 "allgemein" bei den Bauchschmerzen stärker vertreten. Ansonsten zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede in der Schmerzbeschreibung.

R. GREINER konnte bei seinen zykllothym depressiven Patienten, mit Ausnahme beim Vergleich Bauch-Herz, eine ähnlich schwach ausgeprägte Differenzierung feststellen.

Kopf-Herz: Item 5,17

Kopf-Bauch: Item 16

Bauch-Herz: Item 2,3,5,16,17,23,25

Im Gegensatz dazu zeigt die Vergleichsgruppe, bei der die Herzpatienten unterteilt sind in Vitien- und Koronarpatienten, speziell bei den Vitienpatienten deutlichere Unterschiede.

Kopf-Herz (Vitien): Item 1,2,3,4,5,15,17,20,21,22,23,24

Kopf-Bauch: Item 2,6,14,19

Bauch-Herz: (Vitien)Item 1,2,6,7,21,22

3.3.2.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten und der Kontrollgruppe insgesamt und mit ihren jeweils entsprechenden Untergruppen --

Eine Übersicht der signifikant unterschiedlichen Items beim Vergleich der eigenen depressiven Patienten mit den zylothym depressiven Patienten bzw. den Patienten mit organisch begründbaren Schmerzen (=Vergleichsgruppe) ist den nachfolgenden Tabellen 22-25 zu entnehmen.

Eigene depr. Ptn-Zykl.depr.Ptn Eigene depr. Ptn - Vergleichsstichprobe

9++	5++
11++	7+
13+++	9+++
24+	11++
	13+++
	17+++
	24+
	25+

Tab. 22: Signifikant unterschiedliche Items beim Vergleich der Patientengruppen insgesamt

+++ = signifikant auf dem 0,1 %-Niveau
 ++ = signifikant auf dem 1 %-Niveau
 + = signifikant auf dem 5 %-Niveau

Eigene depr.Ptn-Zykl.depr.Ptn Eigene depr.Ptn - Vergleichsstichprobe

5+	5+++
7+	7+
11+	10++
	11+
	12+
	13+++
	17+++
	22+
	24++

Tab. 23: Kopfschmerzpatienten

Eigene depr.Ptn.-Zykl.depr.Ptn	Eigene depr.Ptn - Vergleichs- stichprobe
--------------------------------	---

3+
13++

9+
13++
22+
25+

Tab. 24: Herzschmerzpatienten

Eigene depr.Ptn.-Zykl.depr.Ptn	Eigene depr.Ptn - Vergleichs- stichprobe
--------------------------------	---

10+
11+
13+
17+
19+

13++
15+
17+
19++

Tab. 25: Bauchschmerzpatienten

Es ist zu erkennen, daß die beiden Depressionsstichproben (Kopf-, Herz- und Bauchschmerzen insgesamt) in ihrem Schmerzprofil mehr Ähnlichkeit besitzen, (4 unterschiedl. Items) als die eigenen depressiven Patienten mit der Vergleichsgruppe (8 unterschiedliche Items)

Kopf: Noch deutlicher zeigt sich dies beim Vergleich der Kopfschmerzpatienten allein.

Die eigenen depressiven Patienten unterscheiden sich lediglich in drei Items (signifikant auf dem 5 %-Niveau) von den zykllothym depressiven Patienten, während sie sich von der Vergleichsgruppe in neun z.T. hoch signifikant unterschiedlichen Items differenzieren lassen.

Herz: Die Unterschiede sind nicht stark ausgeprägt, obwohl sich die eigenen depressiven Patienten auch hier etwas stärker von der Vergleichsgruppe abheben, als von den zylothym depressiven Patienten.

Bauch: Hier differieren die eigenen depressiven Patienten ungefähr gleich stark von den beiden anderen Gruppen.

3.4 Ergebnisse der Erlanger Depressionsskala

3.4.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

	Fakt.I(mQ)	Fakt.II(mQ)	Gesamt (mQ)
P. mit Schmerzen	10.00 (2,38)	5.67 (2,32)	18.00 (6,42)
P. ohne Schmerzen	8.00 (4,08)	4.25 (2,30)	13.00 (5,80)

Alle Patienten	9.50 (3,24)	5.50 (2,70)	17.50 (5,88)

Tab. 26: Mediane und mittlere Quartile der EDS bei den eigenen depressiven Patienten

- Der Medianwert aller Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen liegt im Faktor I bei 9.50 Punkten, im Faktor II bei 5.50 Punkten und im Gesamtwert bei 17.50 Punkten.
- Die Patienten mit Schmerzen besitzen in der Depressionsskala höhere Werte als die Patienten ohne Schmerzen. Bei den Differenzen (Faktor I: 2.00 Punkte, Faktor II: 1.42 Punkte und Gesamtwert: 7.00 Punkte) handelt es sich jedoch um keine signifikanten Unterschiede (Vierfeldertest).
- Vergleicht man die Werte der eigenen depressiven Patienten insgesamt mit denen der depressiven Patienten bzw. organisch kranken Patienten von S. LEHRL (s. Tab. 1) so kann man folgendes feststellen:

Die depressive Patientenstichprobe von S. LEHRL liegt im Faktor I um 1.14 Punkte niedriger, im Faktor II um 1.50 Punkte höher und im Gesamtwert um 2.09 Punkte niedriger.

Eine grobe Abschätzung dieser Differenzen hinsichtlich ihrer Signifikanz ergibt jedoch lediglich in Faktor II einen Unterschied auf dem 5 %-Niveau.

Die organisch kranken Patienten besitzen in der Depressionsskala erwartungsgemäß deutlich niedrigere Werte.

Im Vergleich zu den eigenen Werten liegt der Faktor I um 5.82 Punkte, der Faktor II um 2.46 Punkte und der Gesamtwert um 10.78 Punkte niedriger.

Es handelt sich bei allen drei Differenzen um signifikante Unterschiede auf dem 0.1 %-Niveau.

3.4.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten

	Fakt.I(mQ)	Fakt.II(mQ)	Gesamt (mQ)
P. mit Schmerzen	9.67 (3.11)	5.17 (2.68)	14.85 (5.10)
P. ohne Schmerzen	5.00 (3.52)	2.80 (2.20)	7.80 (4.75)
Alle Patienten	9.85 (3.26)	5.30 (2.78)	15.16 (5.04)

Tab. 27: Mediane und mittlere Quartile der DS bei den endogen depressiven Patienten von R. GREINER

- Es zeigt sich, daß die zylothym depressiven Patienten insgesamt nur geringfügig niedrigere Werte in der Depressionsskala besitzen als die eigenen depressiven Patienten.

(Faktor I: 0.35, Faktor II: 0.20 und Gesamt: 2.34).

Es handelt sich hier um keine signifikanten Unterschiede.

- Genauso wie bei den eigenen depressiven Patienten liegen auch bei den zylothym depressiven Patienten diejenigen mit Schmerzen in ihren Werten höher als diejenigen ohne Schmerzen.

3.4.3 Vergleich mit der Kontrollgruppe

	Fakt. I(mQ)		Fakt. II(mQ)		Gesamt (mQ)	
Alle Patienten	6.10	(2.59)	1.67	(1.63)	7.78	(3.33)

Tab. 28: Mediane und mittlere Quartile der DS bei den Patienten mit organisch begründbaren Schmerzen von R. GREINER

- Erwartungsgemäß zeigen die Patienten mit organisch begründbaren Schmerzen deutlich niedrigere Werte in der Depressionsskala als die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen. Es zeigen sich bei allen drei Werten signifikante Unterschiede auf dem 0.1 %-Niveau.

Bei den Signifikanzberechnungen wurden bei den eigenen depressiven Patienten nur die Werte derjenigen mit Schmerzen herangezogen.

3.5 Ergebnisse der Befindlichkeitsskala

3.5.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

	Median	mQ
Patienten mit Schmerzen	32.25	10,24
Patienten ohne Schmerzen	28.00	12,04

Alle Patienten	32.00	9,22

Tab. 29: Mediane und mittlere Quartile (mQ) der BS bei den eigenen depressiven Patienten

- Die eigenen depressiven Patienten insgesamt besitzen in der Befindlichkeitsskala im Durchschnitt 32.00 Punkte, was nach der Einteilung von SCHWARTZ und STRIAN (s. Kap. 2.2.3) noch als "leicht depressiver" Zustand zu deuten wäre.
- Die Patienten mit Schmerzen sind in ihrer Befindlichkeit etwas mehr beeinträchtigt als die Patienten ohne Schmerzen. Bei der Differenz von 4.25 Punkten handelt es sich jedoch um keinen signifikanten Unterschied (Vierfeldertest).

3.5.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten

	Median	mQ
Patienten mit Schmerzen	28.78	10.67
Patienten ohne Schmerzen	13.80	9.57
-----	-----	-----
Alle Patienten	29.38	10.84

Tab. 30: Mediane und mittlere Quartile (mQ) der
BS bei den endogen depressiven Patienten
(R. GREINER, 1976)

- Die endogen depressiven Patienten insgesamt liegen mit 29.38 Punkten nur geringfügig niedriger als die eigenen depressiven Patienten. Es handelt sich um keinen signifikanten Unterschied.
Nach der Bewertung von SCHWARTZ und STRIAN (s. Kap. 2.2.3) ist diese zykllothym depressive Stichprobe ebenfalls der "leicht depressiven" Gruppe zuzuordnen.
- Auch hier sind die Patienten mit Schmerzen im Vergleich zu den Patienten ohne Schmerzen in ihrer Befindlichkeit mehr beeinträchtigt. Die Unterschiede zwischen diesen beiden Untergruppen sind bei den zykllothym depressiven Patienten stärker ausgeprägt als bei den eigenen depressiven Patienten. Auf Grund von groben Abschätzungen handelt es sich hierbei um signifikante Unterschiede.

Da von R. GREINER die Befindlichkeitsskala bei den Patienten mit organisch begründbaren Beschwerden nicht abgenommen wurde, ist in diesem Fall kein dementsprechender Vergleich möglich.

3.6 Ergebnisse der Beschwerdenliste

3.6.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

	Median	mQ
Patienten mit Schmerzen	34.38	7,92
Patienten ohne Schmerzen	22.00	6,44
-----	-----	-----
Alle Patienten	32.17	8,06

Tab. 31: Mediane und mittlere Quartile der BL
bei den eigenen depressiven Patienten

- Der Medianwert aller Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen liegt bei 32.17 Punkten
- Die Patienten mit Schmerzen liegen in der BL mit 34.38 Punkten um 12.38 Punkte höher als die Patienten ohne Schmerzen. Dies entspricht einem signifikanten Unterschied auf dem 0.1 %-Niveau. (Vierfeldertest).

Dieser große Unterschied in der Beantwortung der Beschwerdenliste ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß in dieser Skala unter anderem auch nach lokalisierten Schmerzen (Kopf-, Leib-, Gelenk- und Gliederschmerzen) gefragt ist, was von den Patienten ohne Schmerzen natürlich in jedem Fall verneint wurde, wohingegen die Schmerzpatienten zum Großteil mehrere dieser Beschwerden angaben (s. Tab. 8).

3.6.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten

	Median	mQ
Patienten mit Schmerzen	34.32	10.76
Patienten ohne Schmerzen	22.80	6.20

Alle Patienten	35.47	10.04

Tab. 32: Mediane und mittlere Quartile der BL bei
den endogen depressiven Patienten
(R. GREINER)

- Beim Vergleich der beiden letzten Tabellen miteinander ist zu erkennen, daß die zykllothym depressiven Patienten in ihren Werten nur gering von den eigenen Patienten abweichen.
Es resultieren auch keine signifikanten Unterschiede.
- Genauso wie bei den eigenen depressiven Patienten besitzen auch hier die Patienten mit Schmerzen deutlich höhere Werte als die Patienten ohne Schmerzen.

3.5.3 Vergleich mit der Kontrollgruppe

	Median	(mQ)
Alle Patienten	24.48	(7.90)

Tab. 33: Median und mittleres Quartil
der BL bei den Patienten mit
organisch begr. Schmerzen
(R. GREINER)

- Zum Vergleich werden hier die Werte der eigenen depressiven Patienten mit Schmerzen herangezogen.
Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied auf dem 0.1 %-Niveau.

3.7 Ergebnisse der Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen

Da diese Skala und auch die nachfolgende "Skala für vegetative Funktionsstörungen" in der Untersuchung von R. GREINER nicht verwendet wurden, werden zum Vergleich die Ergebnisse aus einer Dissertationsarbeit von A. HUBER (1977, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg) herangezogen.

Die in jener Arbeit untersuchte Stichprobe von 40 Patienten mit der Diagnose "zyklothyme Depression" zeigt hinsichtlich der Geschlechtsverteilung (68 % Frauen, 32 % Männer), des durchschnittlichen Alters (Median: 49,5) und des durchschnittlichen Intelligenzquotienten (Median: 94,02) ähnliche Verhältnisse, wie die in dieser Arbeit untersuchte Patientengruppe (Vergl. Kap. 2.3.4)

Dementsprechende Testergebnisse der SasM und der SvF bei organisch kranken Patienten liegen nicht vor.

3.7.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

	Median	mQ
Patienten mit Schmerzen	13,00	5,00
Patienten ohne Schmerzen	7,25	4,88
-----	-----	-----
Alle Patienten	11,50	5,44

Tab. 34: Mediane und mittlere Quartile (mQ) der SasM bei den eigenen depressiven Patienten

- Der Median der Gesamtheit der eigenen depressiven Patienten liegt bei 11,50 Punkten.
- Die depressiven Patienten mit lokalisierbaren Schmerzen besitzen in dieser Skala deutlich höhere Werte (Differenz: 5,75 Punkte) als diejenigen ohne Schmerzen. Es handelt sich jedoch um keinen signifikanten Unterschied.

Ordnet man die SasM nach abnehmender Häufigkeit der angegebenen Beschwerden, so ergibt sich Tabelle 35.

Ich bin unruhig
Ich fühle mich matt
Ein Druck lastet auf mir
Ich fühle mich eingeengt
Ich fühle mich zerschlagen
Ich bin wie zugeschnürt

Tab. 35: Die SasM geordnet nach abnehmender Häufigkeit der angegebenen Beschwerden bei den eigenen depressiven Patienten.

3.7.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten

Der Median der Gesamtpunktzahl ist Tabelle 35 zu entnehmen.

	Median	mQ
Alle Patienten	10,50	5,90

Tab. 36: Medianwert und mittleres Quartil (mQ) der SasM bei den endogen depressiven Patienten (A. HUBER)

- Mit 10,50 Punkten liegen die endogen depressiven Patienten um 1,00 Punkte niedriger als die eigenen depressiven Patienten. Es handelt sich hierbei um keinen signifikanten Unterschied.
Eine Aufteilung in endogen depressive Patienten mit Schmerzen und endogen depressive Patienten ohne Schmerzen wurde nicht vorgenommen.
- Ordnet man auch hier die SasM nach abnehmender Häufigkeit der angegebenen Beschwerden, so stellt sich heraus, daß die Beschwerden in praktisch derselben Häufigkeitsreihenfolge wie bei den eigenen depressiven Patienten angegeben werden. Lediglich bei den ersten beiden Feststellungen ist die Reihenfolge vertauscht.

3.8 Ergebnisse der Skala für vegetative Funktionsstörungen

3.8.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

	Median	mQ
Patienten mit Schmerzen	19,00	4,48
Patienten ohne Schmerzen	9,75	3,22

Alle Patienten	17,00	6,02

Tab. 37: Mediane und mittlere Quartile (mQ) der SvF bei den eigenen depressiven Patienten

- Der Medianwert aller Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen liegt bei 17,00 Punkten.
- Die Patienten mit Schmerzen geben deutlich mehr vegetative Funktionsstörungen an, als die Patienten ohne Schmerzen. Die beiden Medianwerte unterscheiden sich um 9,25 Punkte, was einem signifikanten Unterschied auf dem 1 %-Niveau entspricht. (Vierfelder-test)

3.8.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten

	Median	mQ
Alle Patienten	15,50	3,40

Tab. 38: Medianwert und mittleres Quartil (mQ) der SvF bei den endogen depressiven Patienten

- Die endogen depressiven Patienten insgesamt liegen auch in dieser Testskala mit ihren Punktwerten in derselben Größenordnung wie die eigenen depressiven Patienten insgesamt. Die Differenz von 1,50 Punkten markiert keinen signifikanten Unterschied.
- Eine Aufteilung in endogen depressive Patienten mit Schmerzen und zykllothym depressiven Patienten ohne Schmerzen wurde nicht vorgenommen.

3.9 Befinden im Tagesverlauf

Die Tagesschwankung des depressiven Grundzustandes gehört nach H.H. WIECK zu den typischen "Elementarsyndromen" bei der zylothymen Depression.

Um auch eventuelle Tagesschwankungen im Befinden bei den psychogen depressiven Patienten zu erkennen, wurde ihnen folgender Fragebogen vorgelegt:

WIR MÖCHTEN SIE HIER ÜBER IHR BEFINDEN IM TAGESVERLAUF BEFRAGEN:

BESONDERS MORGENS GEHT ES MIR SCHLECHTER ALS ABENDS	JA	NEIN
BESONDERS ABENDS GEHT ES MIR SCHLECHTER ALS MORGENS	JA	NEIN
MEIN BEFINDEN BLEIBT IM VERLAUF DES TAGES GLEICH	JA	NEIN

Abb. 18: Fragebogen zur Erfassung der Tagesschwankungen im Befinden der Patienten

3.9.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

	Anzahl der Patienten	Proz. %
Morgens schlechter als abends	16	31
Abends schlechter als morgens	11	21
Im Verlauf des Tages gleichbleibend	25	48

Tab. 39: Befinden im Tagesverlauf bei den psychogen depressiven Patienten

- Etwa die Hälfte der Patienten (52 %) gibt eine Veränderung der Befindlichkeit während des Tages an, wobei sich 31 Prozent morgens und 21 Prozent abends schlechter fühlen.
- Bei 48 Prozent der Patienten tritt im Verlauf des Tages keine Veränderung im Befinden auf.

3.9.2 Vergleich mit den endogen depressiven Patienten

A. HUBER hat in ihrer Untersuchung bei endogen depressiven Patienten folgendes Ergebnis gewonnen:

	Anzahl der Patienten	Proz. %
Morgens schlechter als Abends	22	55
Abends schlechter als Morgens	4	10
Im Verlauf des Tages gleichbleibend	14	35

Tab. 40: Befinden im Tagesverlauf bei den zylothym depressiven Patienten

Es zeigen sich hier doch deutlich andere Verhältnisse

- Eine Veränderung im Befinden während des Tagesverlaufs ist bei 65 Prozent der Patienten ausgeprägt, wobei über die Hälfte der Patienten (55 %) das für die zylothyme Depression typische Morgentief zeigen, was bei den eigenen depressiven Patienten nur in 31 % der Fälle angegeben wird.
Bei nur 10 Prozent der Patienten verschlechtert sich das Befinden gegen Abend hin, was bei den eigenen depressiven Patienten in 21 Prozent der Fälle zutrifft.
- Bei 35 % der Patienten tritt im Verlauf des Tages keine Veränderung im Befinden auf.

3.10 Korrelationsberechnungen mit 23 Testvariablen bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen

3.10.1 Die Variablen

Abschließend wurden mit den nachfolgend aufgeführten 23 Variablen Korrelationsberechnungen durchgeführt, um eventuell bestehende Zusammenhänge untereinander aufzudecken.

- 1 Schulbildung (SCHUL)
- 2 Beruf (BERUF)
- 3 Alter (ALT)
- 4 Klinikaufenthalt in Tagen (KLIN)
- 5 Medikation - ja/nein (MED)
- 6 Mehrfach-Wortschatz-Test (MWT)
- 7 Befindlichkeitsskala (BS)
- 8 Beschwerdenliste (BL)
- 9 Erlanger Depressionsskala-Faktor I (EDS I)
- 10 Erlanger Depressionsskala-Faktor II (EDS II)
- 11 Erlanger Depressionsskala-Gesamt (EDS G)
- 12 Skala für vegetative Funktionsstörungen (SVF)
- 13 Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen (SASM)
- 14 Tagesschwankungen in der Befindlichkeit (TAG)
- 15 Schmerzskala-Faktor 0 (SK 0)
- 16 Schmerzskala-Faktor I (SK I)
- 17 Schmerzskala-Faktor II (SK II)
- 18 Schmerzskala-Faktor III (SK III)
- 19 Schmerzskala-Faktor IV (SK IV)
- 20 Schmerzskala-Faktor V (SK V)
- 21 Schmerzskala-Faktor VI (SK VI)
- 22 Geschlecht (GESCH)
- 23 Anzahl der Schmerzlokalisationen (ANZ)

3.10.2 Die Korrelationen

Der Korrelationskoeffizient r stellt ein Maß für die Intensität eines Zusammenhanges zweier Größen dar und reicht zahlenmäßig von -1 über 0 (= keinerlei Zusammenhang) bis zu $+1$. Bei den nachfolgenden Betrachtungen wird einem Zusammenhang zwischen 2 Variablen nur dann Bedeutung beigemessen, wenn der Korrelationskoeffizient r größer als $0,40$ ist.

In Tabelle 41 sind diejenigen Variablen zusammengefaßt, die mit anderen einen hohen Korrelationskoeffizienten ($r > 0,40$) aufweisen. (Genaue Zahlenwerte s. Tabelle im Anhang)

Variablen Korrelationen mit r 0,40

BS	BL, EDS I, EDS II, EDS G, SVF, SASM
BL	BS, EDS I, EDS II, EDS G, SVF, SASM SKO, SK II, SK III, SK IV, SK V, SK VI, ANZ
EDS I	BS, BL, EDS II, EDS G, SVF, SASM
EDS II	BS, BL, EDS I, EDS G, SVF, SASM
EDS G	BS, BL, EDS I, EDS II, SVF, SASM
SVF	BS, BL, EDS I, EDS II, EDS G, SASM, SKO, SK I, SK II, SK III, SK IV, SK V, SK VI GESCH (negativ), ANZ
SASM	BS, BL, EDS I, EDS II, EDS G, SVF
SKO	BL, SVF, SK I, SK II, SK III, SK IV, SK V, SK VI
SK I	SVF, SKO, SK II, SK IV, SK V, SK VI
SK II	BL, SVF, SKO, SK I, SK III, SK IV, SK V, SK VI, ANZ
SK III	BL, SVF, SKO, SK II, SK IV, SK V, SK VI, ANZ
SK IV	BL, SVF, SKO, SK I, SK II, SK III, SK V, SK VI, ANZ
SK V	BL, SVF, SKO, SK I, SK II, SK III, SK IV, SK VI, ANZ
SK VI	BL, SVF, SKO, SK I, SK II, SK III, SK IV, SK V, ANZ
GESCH	SVF (negativ)
ANZ	BL, SVF, SKO, SK II, SK III, SK IV, SK V, SK VI

Tab. 41: Die Variablen bei den eigenen depressiven Patienten, die mit anderen Variablen Korrelationen mit $r > 0,40$ eingehen.

Aus Tabelle 41 ist zu ersehen:

- Es bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen den Werten in der Beschwerdenliste, der Befindlichkeitsskala, der Erlanger-Depressionsskala, der Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen und der Skala für vegetative Funktionsstörungen.
- Zusätzlich gehen die Beschwerdenliste und die Skala für vegetative Funktionsstörungen Korrelationen mit den Faktoren der Schmerzskala und der Anzahl der angegebenen Schmerzlokalisationen ein.

- Die Skala für vegetative Funktionsstörungen korreliert negativ mit dem Geschlecht (Bei der Computerauswertung wurden die Frauen mit der Zahl 0, die Männer mit der Zahl 1 verlohnt)
- Die Anzahl der angegebenen Beschwerden korreliert mit der Beschwerdenliste, den Faktoren der Schmerzskala mit Ausnahme von Faktor I und der SvF.
- Die Erlanger Depressionsskala, die Befindlichkeitskala und die Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen gehen keine hohen Korrelationen mit den Faktoren der Schmerzskala ein.

Die Interkorrelationen der einzelnen Schmerzska-len-fak-toren sind in Tabelle 42 gesondert zusammengefaßt.

	0	I	II	III	IV	V	VI
0	-						
I	42	-					
II	86	53	-				
III	59	38	67	-			
IV	51	65	56	51	-		
V	49	72	55	42	68	-	
VI	79	50	91	70	47	51	-

Tab. 42: Die Interkorrelationen der Schmerzska-len-fak-toren bei den eigenen depr. Ptn. (Die Zahlen sind der Einfachheit halber mit 100 multipliziert)

- Es zeigt sich, daß alle Faktoren untereinander hohe Korrelationen eingehen, wobei die Korrelationskoeffizienten zwischen 0,38 und 0,91 liegen.

4. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

4.1 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen im Vergleich zu den Patienten mit endogener Depression

4.1.1 Ähnlichkeiten

4.1.1.1 Geschlechtsverteilung

Endogene Depressionen treten bei Frauen häufiger als bei Männern auf. (E. BLEULER (1972): 70 % Frauen, P. KIELHOLZ (1966): 70 % Frauen, K. LEONHARD (1957): 78 % Frauen).

Dies zeigte sich auch eindeutig in den Patientenstichproben von R. GREINER (1976), in der Frauen eine Anteilshäufigkeit von 77 Prozent besitzen.

Auch bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen findet sich eine ähnlich ungleiche Geschlechtsverteilung.

In der eigenen Patientenstichprobe sind Frauen mit 85 Prozent Anteilshäufigkeit ebenfalls stärker repräsentiert als Männer.

4.1.1.2 Häufigkeit von Schmerzangaben

Eine Beeinträchtigung durch Beschwerden in Form von Schmerzen ist nicht nur bei der endogenen Depression (s. Kap. 1.2) in den meisten Fällen vorhanden, sondern findet sich ebenso bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen.

Der Anteil der Schmerzpatienten (79 %) liegt zwar bei den eigenen depressiven Patienten um 11 Prozent niedriger als der bei den endogen depressiven Patienten von

R. GREINER (90 %), was jedoch keinen signifikanten Unterschied markiert (Vorzeichentest). Mit den Befunden von A. HUBER (1977), die bei 75 % ihrer Stichprobe endogen depressiver Patienten Schmerzangaben fand, stimmen die eigenen Befunde zahlenmäßig sogar auffallend gut überein. Deshalb nehmen wir an, daß sich die Häufigkeit der Schmerzangaben dieser zwei Depressionstypen gleichen.

4.1.1.3 Schmerzskala

Bei differenzierter Betrachtung ist es zwar möglich, einige Unterschiede in der Beschreibung der Schmerzempfindungen herauszuarbeiten (s. Kap. 3.3), insgesamt gesehen zeigen sich jedoch große Ähnlichkeiten in den Schmerzprofilen:

- Bezüglich der Intensität (Faktor 0) der Schmerzen im Kopf-, Herz- und Bauchbereich ergeben sich keine signifikanten Unterschiede
- Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen bringen ihre unterschiedlich lokalisierten Schmerzen im Kopf-, Herz- und Bauchbereich sehr ähnlich zur Darstellung. Es lassen sich beim jeweiligen Vergleich der Untergruppen (Kopf-, Herz-, Kopf-Bauch, Bauch-Herz) nur wenige signifikant unterschiedliche Faktoren bzw. Items ermitteln.

Oder anders ausgedrückt: Die Beschreibung der unterschiedlich lokalisierten Schmerzen erbringt in der Schmerzskala ähnliche Schmerzprofile.

Bei den endogen depressiven Patienten ist die Differenzierung zwischen Kopf-, Herz- und Bauchschmerzen zwar etwas besser möglich, jedoch ebenfalls nicht so

deutlich ausgeprägt, wie bei den Patienten mit organisch begründbaren Schmerzen (s. Kap. 3.3.1.1 und 3.3.2.1)

Diese Ergebnisse decken sich mit dem allgemeinen Eindruck, den man bei der mündlichen Schmerzexploration bei depressiven Patienten gewinnt: Depressive Patienten scheinen offensichtlich weit weniger in der Lage zu sein, ihre schmerzhaften Mißempfindungen in den verschiedenen Körperteilen oder Organen exakt mit wenigen Adjektiven zu schildern, als Patienten mit körperlich begründbaren Beschwerden.

Inwieweit daraus der Schluß gezogen werden kann, daß ihre Schmerzen anderer Natur sind oder diese "unspezifische" Schmerzbeschreibung Ausdruck der depressiven Stimmungslage ist, muß offenbleiben.

- Vergleicht man die jeweils korrespondierenden Untergruppen (Kopf-Kopf, Herz-Herz, Bauch-Bauch) miteinander, so ergeben sich zwar in einigen Faktoren und Items gewisse Unterschiede, insgesamt betrachtet zeigt sich jedoch auch hier eine große Ähnlichkeit in den Schmerzprofilen.

Besonders deutlich kann man dies bei den Kopfschmerzpatienten feststellen:

Die eigenen depressiven Patienten besitzen gegenüber den zyklisch depressiven Patienten lediglich in drei Items signifikant unterschiedliche Werte auf dem 5 %-Niveau, während sie sich gegenüber den organisch begründbaren Kopfschmerzpatienten in neun Items z.T. auf dem 0,1 %-Niveau hoch signifikant unterscheiden.

4.1.1.4 Erlanger Depressionsskala und Befindlichkeits- skala - - - - -

- Auch hier ergeben sich sowohl in der Gesamtpunktzahl als auch bei den einzelnen Faktoren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit zylothymen Depression und den eigenen depressiven Patienten. Somit kann eine verschieden starke Ausprägung der Depression als Erklärung für die z. T. bestehenden Unterschiede zwischen den beiden Stichproben nicht verantwortlich gemacht werden.

Nach der Bewertung von SCHWARTZ und STRIAN (s. Kap. 2.2.3) handelt es sich bei beiden Stichproben lediglich um "leicht depressive" Gruppen.

In diesem Zusammenhang muß berücksichtigt werden, daß die Patienten bereits unter antidepressiver Therapie standen. Bei den eigenen depressiven Patienten betrug die Dauer des Klinikaufenthalts bis zum Zeitpunkt der Testung 10,33 Tage, bei den zylothym depressiven Patienten sogar 4,4 Wochen.

- Auffallend ist, daß sowohl bei den endogen depressiven Patienten als auch bei den eigenen depressiven Patienten diejenigen mit Schmerzen in beiden Skalen deutlich höhere Werte besitzen, als diejenigen ohne Schmerzen.

Bei den eigenen depressiven Patienten ergeben sich zwar zwischen den Patienten mit und ohne Schmerzen keine signifikant unterschiedlichen Differenzen, jedoch dürfte es sich hierbei trotzdem um keine zufälligen Unterschiede handeln, zumal der gleichsinnige Zusammenhang (positive Korrelation) zwischen der Depressionstiefe bzw. Befindlichkeit und der Beschwerdenhäufigkeit, erfaßt durch die Beschwerden-

liste, bei den Korrelationsberechnungen offenbar wird.
(s. Kap. 3.10.2)

Bei den endogen depressiven Patienten handelt es sich auf Grund von groben Abschätzungen um signifikante Unterschiede, wobei dementsprechende exakte Berechnungen von R. GREINER nicht durchgeführt wurden.

Die Behauptung, daß bei zunehmender Depression bzw. Verschlechterung der Befindlichkeit auch mehr Misempfindungen in Form von Schmerzen auftreten und nicht umgekehrt die starke Beeinträchtigung durch die Schmerzen den depressiven Zustand verstärkt, läßt sich auch dadurch untermauern, daß bekanntlich die Schmerzen unter antidepressiver Therapie deutlich rückläufig sind, nicht jedoch die depressive Stimmungslage bei analgetischer Therapie.

4.1.1.5 Beschwerdenliste, Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen, Skala für vegetative Funktionsstörungen _ _ _ _ _

- Bezüglich der durchschnittlichen Gesamtpunktzahl (Medianwerte) zeigen sich auch in der Beantwortung dieser drei Skalen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden depressiven Patientenstichproben.

D.h., daß die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen durch lokalisierte (Beschwerdenliste) und allgemeine somatische Mißempfindungen (SasM) sowie vegetative Störungen (SvF) insgesamt gesehen genauso stark beeinträchtigt sind wie die Patienten mit endogener Depression.

Die allgemeinen somatischen Mißempfindungen (s. Kap. 3.7.2) werden von den Patienten beider Stichproben sogar in fast genau derselben Häufigkeitsreihenfolge angegeben, wobei Klagen über innere Unruhe und Mattigkeit im Vordergrund stehen.

- Die eigenen depressiven Patienten mit Schmerzen besitzen auch in diesen drei Skalen höhere Werte als diejenigen ohne Schmerzen, wobei es sich bei der Beantwortung der BL und der SvF um signifikante Differenzen auf dem 0,1 % bzw. 1 %-Niveau handelt.

Bei den endogen depressiven Patienten wurde eine dementsprechende Unterscheidung nur bei der Beantwortung der BL gemacht. Auch hier besitzen die Patienten mit Schmerzen deutlich höhere Werte als die Patienten ohne Schmerzen, wobei dieser Unterschied möglicherweise darauf zurückzuführen ist, daß in dieser Skala u.a. konkret nach lokalisierten Schmerzen (Kopf-Leib-Gelenk- und Gliederschmerzen)

gefragt ist, was von den Patienten ohne Schmerzen natürlich in jedem Fall verneint wurde, wohingegen die depressiven Patienten mit Schmerzen zum Großteil mehrere dieser Beschwerden angaben. Signifikanzberechnungen wurden von R. GREINER nicht durchgeführt.

Bei den endogen depressiven Patienten von A. HUBER (SasM, SvF) wurde eine Unterscheidung in Patienten mit bzw. ohne Schmerzangaben nicht vorgenommen.

4.1.2 Unterschiede

4.1.2.1 Altersverteilung

Die graphische Darstellung der Altersverteilung (Abb. 7) zeigt, daß die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen jünger als die mit endogenen Depressionen sind. (s. Kap. 2.3.4.2)

In der Stichprobe von R. GREINER sind lediglich 10 Prozent der endogen depressiven Patienten jünger als 31 Jahre, während dies in der eigenen Patientenstichprobe auf 35 Prozent der Kranken zutrifft. Bei jüngeren Personen scheinen demnach eher psychovegetative und reaktive Depressionszustände als bei älteren aufzutreten.

Daß andererseits die endogene Depression bis zum 30. Lebensjahr relativ selten vorkommt, zeigt sich ebenfalls bei den Patienten von A. HUBER. 95 Prozent der endogen-depressiv Erkrankten sind älter als 30 Jahre.

4.1.2.2 Lokalisation der Schmerzen

Bei beiden depressiven Patientenstichproben stehen Klagen über Kopfschmerzen an erster Stelle der Häufigkeit, gefolgt von Herz- und Bauchschmerzen.

Bezüglich der relativen Häufigkeit ergeben sich jedoch einige Unterschiede:

Bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen scheinen die Beschwerden im Kopfbereich eine noch größere Rolle zu spielen, als bei den endogen depressiven Patienten. Fast zwei Drittel (61 %) der eigenen depressiven Schmerzpatienten geben Kopfschmerzen als Hauptbeschwerde an, während dies bei den endogen-depressiven Patienten nur in 37 Prozent der Fälle zutrifft.

Insgesamt gesehen klagen sogar 85 Prozent der Schmerzpatienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen über Mißempfindungen im Kopfbereich (s. Tab. 10).

Beschwerden im Herz- und Bauchbereich hingegen werden von den eigenen depressiven Patienten wesentlich seltener angegeben als von den endogen depressiven Patienten. (s. Kap. 3.1.1, 3.1.2, Tab. 11)

4.1.2.3 Befinden im Tagesverlauf

Von den endogen depressiven Patienten wird eine Änderung der Befindlichkeit im Tagesverlauf, insbesondere ein Tiefpunkt der Stimmung am Morgen, häufiger als von den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen angegeben. (s. Kap. 3.9)

Zwei Drittel der endogen depressiven Patienten geben eine Tagesschwankung in ihrer Befindlichkeit an, wobei die meisten (85 %) das typische Morgentief bestätigen und abends eine Aufhellung der Stimmung empfinden. Bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen hingegen ändert sich die Befindlichkeit im Verlaufe des Tages nur bei der Hälfte der Patienten, wobei zwei Drittel dieser Patienten einen Tiefpunkt der Stimmung am Morgen, ein Drittel jedoch eine Zunahme der Depression gegen Abend hin schildern.

4.2 Die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen im Vergleich zu den Patienten mit organisch begründbaren Schmerzen

4.2.1 Schmerzskala

Es zeigt sich, daß die Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen ihre Schmerzen mittels der Schmerzskala zumindest zum Teil erheblich anders beschreiben, als dies die Patienten mit organisch begründbaren Schmerzen tun.

Nimmt man als Maß für die Verschiedenheit der einzelnen Schmerzprofile die Anzahl der signifikant unterschiedlichen Faktoren bzw. Items, so ergeben sich beim Vergleich der beiden Stichproben insgesamt sowie speziell bei den Kopfschmerzen deutlich andersartige Profilverläufe. Bei den Herzschmerzen sind die Unterschiede weniger stark ausgeprägt, und bei den Bauchschmerzen ergeben sich nur noch ähnlich schwach ausgeprägte Differenzen, wie sie beim Vergleich der beiden depressiven Patientenstichproben mit Beschwerden im Bauchbereich auch auftreten. (s. Kap. 3.2.2.2)

4.2.2 Erlanger Depressionsskala

Erwartungsgemäß besitzen die depressiven Patienten in dieser Skala höhere Werte als die Vergleichsgruppe. Signifikanzberechnungen ergeben Unterschiede auf dem 0,1 %-Niveau.

Die Erlanger Depressionsskala ist somit sehr wohl in der Lage zwischen depressiven Patienten mit Schmerzen und psychisch unauffälligen Patienten mit Schmerzen zu unterscheiden.

4.2.3 Beschwerdenliste

Die depressiven Patienten besitzen auch in dieser Skala höhere Werte als die Patienten mit organisch bedingten Beschwerden. In der Gesamtpunktzahl zeigt sich zwischen beiden Stichproben ein signifikanter Unterschied auf dem 0,1 %-Niveau, der dadurch zu erklären ist, daß in diesem Fragebogen auch nach depressiven Symptomen (Müdigkeit, Neigung zum Weinen, Angstgefühle etc.) und nach lokalisierten Schmerzen gefragt wird, wobei depressive Patienten typischerweise häufig mehrere dieser Beschwerden angeben (s. Kap. 4.3.1).

4.3 Weitere Ergebnisse bei den eigenen depressiven Patienten

4.3.1 Häufigkeit der Schmerzangaben pro Patient

Um das ganze Ausmaß der leiblichen Mißempfindungen zu erfassen, wurden bei jedem Patienten nicht nur die im Vordergrund stehenden Schmerzen registriert, sondern ganz bewußt auch nach anderen nicht so intensiv empfundenen Beeinträchtigungen gefragt. Eine entsprechende Zusammenstellung zeigt Tabelle 8.

Dabei ergab sich, daß über die Hälfte der Patienten (56 %) mehr als eine und fast ein Viertel der Patienten (22 %) mehr als zwei Schmerzlokalisationen (z. B. Kopf- Herz- und Bauchschmerzen) angaben, was die subjektive Bedeutung der leiblichen Mißempfindungen im Rahmen einer Depression unterstreicht.

4.3.2 Organische Begründbarkeit der Schmerzen

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde auch der Frage nachgegangen, inwieweit den von den depressiven Patienten geschilderten Schmerzen nicht doch eine organische Ursache zu Grunde liegt, die zumindest zum Teil als Erklärung für die Beschwerden herangezogen werden muß. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Bei 10 % der Kopfschmerzen muß eine neurologische, internistische oder traumatische Ursache in Betracht gezogen werden
- Bei 25 % der Herz- und Bauchschmerzen konnte ein organopathologischer Befund erhoben werden, wobei in vielen Fällen dieser Befund als alleinige Erklärung für die Beschwerden als nicht ausreichend erscheint.
- Bei den acht Patienten mit Rückenschmerzen konnten in sieben Fällen organopathologische Befunde (meist degenerative Veränderungen) erhoben werden, die mit Sicherheit z. T. als Erklärung der Beschwerden herangezogen werden können.

Sechs dieser Patienten gaben jedoch auch an, daß sich die Rückenschmerzen während einer depressiven Phase deutlich verschlimmern würden, was wohl dadurch zu erklären ist, daß die Patienten während des psychischen Unwohlseins mehr auf ihre auch sonst vorhandenen Beschwerden achten und diese als lästiger empfinden als bei psychischem Wohlbefinden.

4.3.3 Die Korrelationsberechnungen

Die Korrelationsberechnungen zeigen einen engen Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad der Depressivität (EDS, BS) und dem Auftreten von allgemeinen somatischen Beschwerden (BL, SasM) sowie vegetativen Funktionsstörungen (SvF) auf.

Die Erlanger Depressionsskala, die Befindlichkeitsskala, die Beschwerdenliste, die Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen und die Skala für vegetative Funktionsstörungen besitzen untereinander z. T. sehr hohe (positive) Korrelationskoeffizienten (s. Tab. 43)

	EDS G	EDS I	EDS II	BS	BL	SasM	SvF
EDS G	-						
EDS I	93	-					
EDS II	88	64	-				
BS	81	82	63	-			
BL	55	50	51	48	-		
SasM	67	73	45	67	55	-	
SvF	61	61	50	54	77	58	-

Tab. 43: Die Korrelationskoeffizienten der EDS G, EDS I, EDS II, BS, SasM und SvF.
(Die Zahlen sind der Einfachheit halber mit 100 multipliziert)

Diese Ergebnisse lassen vermuten, daß bei den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen eine ähnlich enge Verflechtung des Depressionszustandes mit leiblichen Mißempfindungen und vegetativen Dysregulationen besteht, wie dies H. H. WIECK bei

der endogenen Depression beschreibt (s. depressive Syndromreihen Kap. 1.2) und R. GREINER auch in seiner Untersuchung bestätigen konnte.

Dies steht ebenfalls im Einklang mit den Ergebnissen einer Untersuchung von HOLE und GRAW (1973), die bei depressiven Patienten mit überdurchschnittlich vielen geäußerten psychischen Symptomen die Tendenz beobachteten, auch überdurchschnittlich viele somatische Symptome anzugeben.

Parallel dazu scheint sich auch die Anzahl der vegetativen Funktionsstörungen zu erhöhen, was man auf Grund der hohen Korrelationen, welche die SvF mit der EDS einerseits und der BL sowie der Anzahl der angegebenen Schmerzlokalisationen ($r = 0,60$) andererseits eingeht, vermuten muß.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden 52 Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen mit Hilfe von sechs verschiedenen Selbstbeurteilungsskalen getestet. Es wurde die Anzahl und Lokalisation der von den Patienten geäußerten Schmerzen festgehalten und hinsichtlich ihrer organischen Begründbarkeit überprüft.

Die Ergebnisse sind dann, soweit möglich, Resultaten bei endogen depressiven Patienten und Patienten mit organisch begründbaren Schmerzen (Publikation von R. GREINER (1976), Dissertation von A. HUBER (1977)) vergleichend gegenübergestellt worden, um eventuell bestehende Unterschiede zu erkennen, die als differentialdiagnostische Hinweise dienen könnten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden:
(s. Kap. 1.3 Untersuchungsabsicht)

- I. - 79 Prozent aller Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen geben lokalisierte Schmerzempfindungen an.
- Am weitaus häufigsten werden Beschwerden im Kopfbereich genannt, in etwa gleicher Häufigkeit, jedoch deutlich seltener im Herz- und Bauchbereich.
- Eine organische Ursache, welche die Beschwerden alleine zu erklären vermag, läßt sich in den meisten Fällen nicht finden. Abhängig von der Lokalisation der Schmerzen konnten jedoch in unterschiedlicher Häufigkeit - bei den Kopfschmerzen in 10 Prozent, den Herz- und Bauchschmerzen in 25

Prozent und den Rückenschmerzen in 90 Prozent der Fälle - organpathologische Befunde erhoben werden, die zumindest z. T. als zusätzliche Erklärung in Betracht gezogen werden müssen.

- II. Beim Vergleich der beiden depressiven Patientenstichproben miteinander zeigten sich keine Unterschiede
- bezüglich der Häufigkeit des Auftretens von lokalisierten Schmerzen sowie zusätzlich geäußelter allgemeiner Mißempfindungen und vegetativer Funktionsstörungen.
 - bezüglich der Depressionstiefe, gemessen mit der EDS und BS.
 - zumindest keine wesentlichen in der qualitativen sowie quantitativen Beschreibung der Schmerzen.

In beiden Patientenstichproben zeigte sich ein deutliches Überwiegen der Frauen.

- Bemerkenswerte Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Lokalisation der Schmerzen, wobei von den Patienten mit psychovegetativen und reaktiven Depressionszuständen Kopfschmerzen häufiger als von den Patienten mit endogener Depression, dafür jedoch Herz- und Bauchschmerzen deutlich seltener genannt werden.
- Es ergaben sich auch gewisse Unterschiede bezüglich der Veränderung der Befindlichkeit im Tagesverlauf, wobei von den endogen depressiven Patienten das typische "Morgentief" häufiger als von den eigenen depressiven Patienten angegeben wurde.

- Deutliche Unterschiede zeigten sich in der Altersverteilung. Unter dem 30. Lebensjahr tritt die endogene Depression selten auf (5-10 Prozent der untersuchten Patienten), was für psychovegetative und reaktive Depressionszustände nicht zutrifft (35 Prozent der untersuchten Patienten waren jünger als 30 Jahre).

Insgesamt gesehen zeigten jedoch die beiden depressiven Patientenstichproben, zumindest mit den hier verwendeten Untersuchungsverfahren, ein sehr ähnliches Erscheinungs- und Beschwerdebild, so daß, mit Ausnahme der unterschiedlichen Altersverteilung, für die Praxis keine differentialdiagnostisch verwertbaren Hinweise gefunden werden konnten.

III- Beim Vergleich mit den Patienten mit organisch bedingten Schmerzen ergaben sich erwartungsgemäß erhebliche Unterschiede in der Depressionsskala und der Beschwerdenliste, wobei es durchaus denkbar ist, diese oder ähnliche Testskalen auch im Einzelfall in der Praxis als differentialdiagnostische Hilfestellung zu verwenden.

- Auch in der Beschreibung der Schmerzen mittels der SK ergaben sich zwischen diesen beiden Patientenstichproben z. T. deutliche Unterschiede, zumindest ausgeprägtere als beim Vergleich der eigenen depressiven mit den endogen depressiven Patienten. Die Differenzen sind jedoch nicht so typisch, daß man hieraus für die Praxis differentialdiagnostischen Nutzen ziehen könnte.

6. ANHANG

Wichtigste Daten dieser Untersuchung
tabellarisch zusammengefaßt

Mediane und mittlere Quartile der Testvariablen
3,6-13, 15-21 bei den Patienten mit psychovegetativen
und reaktiven Depressionszuständen

Testvariable	Mediane	mittlere Quartile
3 Alter	42,0	13,3
6 MWT-B	94,0	10,2
7 BS	32,0	9,2
8 BL	32,2	8,0
9 EDS I	9,5	3,2
10 EDS II	5,5	2,7
11 EDS G	17,5	5,9
12 SvF	17,0	6,0
13 SasM	11,5	5,4
15 SK O	3,1	0,8
16 SK I	2,9	2,6
17 SK II	10,2	1,5
18 SK III	3,8	1,3
19 SK IV	4,4	2,3
20 SK V	2,8	3,0
21 SK VI	9,8	1,8

Abschließend sind die Ergebnisse der Testskalen von den einzelnen Patienten tabellarisch zusammengestellt

Abkürzungen	G	= Geschlecht w = weiblich m = männlich
A		= Alter in Jahren
SCHM.-LOK.		= Schmerzlokalisierung (nur Hauptbeschwerden)
SKO-SK VI		= Schmerzskaletak- toren 0-VI
EDS I, II, G		= Erlanger Depressions- skala Faktor I, Faktor II, Gesamtergebnis
Bf-S		= Befindlichkeitsskala
BL		= Beschwerdenliste
SvF		= Skala für vegetative Funktionsstörungen
SasM		= Skala für allg. somatische Mißempfin- dungen
MWT-B IQ		= IQ-Werte, ermittelt durch den Mehrfach- Wortschatz-Test Form B

		EDS I	EDS II	EDSG	Bf-S	BL	SvF	SasM	MWT-B IQ	
G	A									
1	w	26	5	3	8	28	16	7	10	95
2	w	38	8	12	20	21	36	13	4	86
3	w	22	13	5	18	43	20	12	9	124
4	w	21	0	3	3	8	19	5	2	100
5	w	50	14	6	20	49	59	20	22	81
6	m	45	12	9	21	36	55	22	18	118
7	w	19	4	4	8	20	26	8	7	130
8	w	36	7	6	13	28	21	10	12	130
9	w	26	8	2	10	12	13	7	4	112
10	w	49	14	9	23	38	52	26	18	97
11	w	30	7	11	18	33	42	21	4	100
12	w	39	9	2	11	16	37	20	15	112
13	w	56	7	3	10	27	36	14	9	86
14	w	17	12	10	22	43	46	30	17	107
15	w	69	15	5	20	22	27	20	14	89
16	w	78	8	4	12	32	23	22	16	100
17	w	62	12	7	19	47	44	26	14	88
18	w	31	14	10	24	30	44	25	18	81
19	w	23	11	7	18	40	51	23	15	88
20	w	57	14	6	20	44	28	16	14	104
21	w	56	16	8	24	43	32	25	12	85
22	w	27	5	4	9	22	34	11	5	88
23	m	57	7	6	13	29	32	10	9	104
24	m	52	0	1	1	10	33	10	3	118
25	w	52	11	8	19	33	51	27	13	124
26	w	23	2	2	4	6	34	19	4	81
27	w	25	7	0	7	32	30	19	22	85
28	w	29	15	6	21	54	50	27	24	80
29	w	72	13	3	16	39	26	6	9	112
30	m	56	7	3	10	20	20	2	9	101
31	m	46	12	12	24	42	25	10	24	118
32	m	24	2	0	2	6	10	9	3	82

			EDS I	EDS II	EDSG	Bf-S	BL	SvF	SasM	MWT-B IQ
G A										
33	w	65	4	1	5	25	22	13	7	93
34	w	35	14	8	22	52	32	12	22	94
35	w	57	9	3	12	19	47	23	23	83
36	m	22	6	2	8	2	23	15	11	112
37	m	25	13	7	20	52	31	17	20	82
38	m	52	4	2	6	11	28	12	4	107
39	w	48	16	12	28	49	30	20	24	89
40	m	53	0	4	4	21	5	0	3	100
41	w	52	5	3	8	31	35	19	5	94
42	w	53	16	15	31	53	42	22	20	91
43	w	52	12	10	22	38	42	23	17	94
44	m	21	11	10	21	26	34	17	17	95
45	m	37	13	6	19	40	11	11	5	95
46	w	54	10	7	17	39	54	18	10	80
47	w	32	9	0	9	20	14	8	8	91
48	w	25	11	9	20	40	34	22	6	86
49	m	50	15	4	19	53	43	19	24	80
50	m	38	8	4	12	34	9	16	7	82
51	m	17	0	0	0	1	5	0	0	83
52	w	63	14	12	26	46	45	19	14	89

	G	A								
1	w	26	Kopf	2	3	9	0	0	1	10
2	w	38	Brust	0	0	3	0	3	0	8
3	w	22	Kopf	2	4	8	0	4	0	8
4	w	21	Kopf	1	10	7	3	7	3	9
5	w	50	Bauch	3	4	12	12	10	7	15
6	m	45	Bauch	4	6	12	5	10	9	12
7	w	19	-	-	-	-	-	-	-	-
8	w	36	-	-	-	-	-	-	-	-
9	w	26	-	-	-	-	-	-	-	-
10	w	49	Kopf	4	9	13	11	8	12	14
11	w	30	Kopf	3	5	10	7	6	0	11
12	w	39	Kopf	3	6	10	3	4	3	10
13	w	56	Bauch	3	0	7	6	4	0	10
14	w	17	Kopf	2	3	12	2	3	6	9
15	w	69	Bauch	4	7	10	4	10	10	13
16	w	78	Brust	4	7	12	3	3	8	13
17	w	62	Rücken	4	0	11	4	0	0	16
18	w	31	Herz	4	2	12	4	8	6	12
19	w	23	Kopf	4	3	11	0	4	0	6
20	w	57	-	-	-	-	-	-	-	-
21	w	56	Rücken	4	0	12	3	0	0	12
22	w	27	Kopf	4	0	10	5	0	1	10
23	m	57	Herz	3	0	11	8	5	0	9
24	m	52	Bauch	4	0	12	5	6	3	11
25	w	52	Kopf	4	5	7	0	3	8	6
26	w	23	Kopf	3	7	11	4	10	5	10
27	w	25	Kopf	4	3	15	3	3	3	15
28	w	29	Herz	2	4	11	3	7	3	8
29	w	72	-	-	-	-	-	-	-	-
30	m	56	Kopf	4	3	8	0	8	3	4
31	m	46	-	-	-	-	-	-	-	-
32	m	24	Kopf	2	3	9	3	1	1	9

	G	A								
33	w	65	-	-	-	-	-	-	-	-
34	w	35	Herz	3	0	4	0	7	2	5
35	w	57	Kopf	4	7	15	6	15	11	15
36	m	22	Kopf	1	1	9	3	2	1	11
37	m	25	Kopf	3	2	10	2	0	0	12
38	m	52	Kopf	3	1	9	6	2	5	9
39	w	48	-	-	-	-	-	-	-	-
40	m	53	-	-	-	-	-	-	-	-
41	w	52	Kopf	3	8	10	6	7	2	13
42	w	53	Kopf	3	3	14	5	3	4	15
43	w	52	Herz	2	7	10	2	9	8	7
44	m	21	Bauch	4	0	9	6	7	0	11
45	m	37	-	-	-	-	-	-	-	-
46	w	54	Kopf	3	2	11	4	7	5	10
47	w	32	Kopf	2	0	0	0	0	0	10
48	w	25	Kopf	4	3	8	6	4	0	10
49	m	50	Kopf	4	4	11	8	3	0	11
50	m	38	Kopf	2	0	3	0	3	1	6
51	m	17	-	-	-	-	-	-	-	-
52	w	63	Bauch	2	0	11	5	0	2	11

7. LITERATURVERZEICHNIS

- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie
Springer, Berlin (1972)
- DAUN, H.: Die Intelligenz bei psychopathometrischen Tests
In: H.H. WIECK: Angewandte Psychopathometrie.
Janssen Symposium Band 8, 46-55.
- DÖLKEN, R.: Psychovegetative Allgemeinstörungen in der Allgemeinpraxis. Untersuchung der Häufigkeit der Symptomatik sowie der Möglichkeit einer Erfassung durch ein psychopathometrisches Verfahren
Dissertationsarbeit Erlangen (1979)
- GLATZEL, J.: Endogene Depression.
Thieme, Stuttgart (1973)
- GREINER, R.: Vergleich von Schmerzangaben bei zyklischer Depression und körperlicher Begründbarkeit.
Verlag Dr. med. D. Straube, Erlangen (1976)
- HAASE, H.-J.: Depressionen.
Entstehung-Erscheinung-Behandlung.
F.K. Schattauer Verlag, Stuttgart-New York (1976)
- HEYCK, H.: Der Kopfschmerz
Thieme-Verlag, Stuttgart (1968)
- HOLE, G.
GRAW, P.: Somatische Symptome und Depressionstiefe bei depressiven Zustandsbildern
Der Nervenarzt 44, 136, (1973)
- HUBER, A.: Ein Vergleich der Trennfähigkeit verschiedener Leistungs- und Selbstbeurteilungsverfahren bei endogen depressiven Patienten und Patienten mit Durchgangssyndrom
Dissertation, Erlangen (1978)

- KIELHOLZ, P.: Die larvierte Depression
Verlag H. Huber, Bern (1974)
- KIELHOLZ, P.: Die Depression in der täglichen
Praxis
Verlag H. Huber, Bern (1974)
- KIRKILONIS, T.,
LUGAUER, J.,
LEHRL, S.: Psychopathologische Erhebungs-
verfahren.
Zeitschrift für Allgemeinmedizin
55, 1859-1867 (1979)
- LEHRL, S.: Psychopathometrie in der Praxis.
Zeitschrift für Allgemeinmedizin
53 (1977), 1870-1880
- LEHRL, S.: Schmerzskala mit 25 Adjektiven
Ärztliche Praxis
XXX. Jahrgang Nr. 28, 883-885
- LEHRL, S.,
GALLWITZ, A.: Die Erlanger Depressionsskala
Ärztliche Praxis
XXX. Jahrgang Nr. 12, 313-315
(1978)
- LEHRL, S.,
DAUN, H.,
SCHMIDT, R.: Eine Abwandlung des HAWIE-Wort-
schatztests als Kurztest zur
Messung der Intelligenz Erwachse-
ner.
Arch. Psychiatr. Nervenkr. 214
(1971) 353-364
- LEHRL, S.,
RÜTH, F.G.: Zusammenhänge zwischen subjektivi-
ver Schmerzeinschätzung und In-
telligenz, Alter und Befindlich-
keit.
Arzneimittel-Forschung (Drug
Research)
23 Nr. 7, 999-1002 (1973)

LEHRL, S.,
MERZ, J.,
ERZIGKEIT, H.,
GALSTER, V.:

Der MWT-A- ein wiederholbarer
Intelligenz-Kurztest, der weit-
gehend unabhängig von seelisch-
geistigen Störungen ist.
Nervenarzt 45, 364-369 (1974)

LEHRL, S.,
GALSTER, V.,
GREINER, R.:

Qualifizierende und quantifizie-
rende Selbstbeurteilung des
Schmerzes.
In: "Schmerztherapie heute"
(Hrsg.): FREY, R. und WIECK, H.H.
Aesopus Verlag München, 1974

MERZ, J.,
LEHRL, S.,
ERZIGKEIT, H.,
GALSTER, V.:

MWT-B- ein Intelligenzkurztest.
Psychiat. Neurol. med. Psychol.
27 (1975), 423-428

REINHARDT, H.,
LEHRL, S.:

Schmerzangaben schizophrener
Patienten.
Diagnostik 12, 308-311 (1979)

RÖTH, F.,
LEHRL, S.:

Eine mehrdimensionale Selbstbeur-
teilungsskala zur Schmerzerfassung.
Arzneimittel-Forschung (Drug
Research)
23 Nr. 7, 997-999 (1973)

SACHS, L.:

Statistische Auswertmethoden
Springer, Berlin (1974)

SCHWARZ, D.,
STRIAN, F.:

Psychometrische Untersuchungen
zur Befindlichkeit psychiatrischer
und internmedizinischer Patienten.
Archiv für Psychiatrie und Nerven-
krankheiten
216 Heft 1/1972, 70-81.

- WIECK, H.H.: Eine häufige Fehldiagnose: Die Verknennung der leibnahen Beschwerden bei der zylothymen Depression. Ärztliche Mitteilungen - Deutsches Ärzteblatt 21, 1069-1075 (1960)
- WIECK, H.H.: Zur Lokalisation zylothymen Mißempfindungen. Med. Welt 43, 2452-2454 (1965)
- WIECK, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie (2. Auflage) Schattauer Verlag, Stuttgart-New York (1977)
- WIECK, H.H.: Neurologie und Psychiatrie in der Praxis Schattauer Verlag (1974)
- WIECK, H.H.: Zur klinischen Psychopathometrie. In: H.H. WIECK, (Hrsg.) Klinische Psychopathometrie Byk Gulden, Konstanz, Bd. 4, 1972
- WIECK, H.H.: Differentialdiagnose von endogener Depression und psychovegetativen Allgemeinstörungen Neurol. Psychiat. 5 (1979), 207-209.
- WOLF, W.: Statistik-Eine Einführung für Sozialwissenschaftler, Band I. Beltz, Weinheim und Basel (1972)
- v. ZERSSEN, D.: Selbstbeurteilungsskalen zur Abschätzung des "subjektiven Befundes" in psychopathologischen Querschnitt- und Längsschnitt-Untersuchungen. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 217, 299-314 (1973)
- v. ZERSSEN, D.: Die Beschwerdenliste als Test. Therapiewache 21, 25, 1908 (1971)
- v. ZERSSEN, D.,
KOELLER, D.,
REY, E.: Die Befindlichkeitsskala (BS) ein einfaches Instrument zur Objektivierung von Befindlichkeitsstörungen, insbesondere im Rahmen von Längsschnittuntersuchungen. Arzneimittel-Forschung (Drug Research) 20 Nr. 7, 915 (1970)

Mein Dank gehört Herrn Professor Dr. H. H. Wieck
(† 2. 1. 1980) und Herrn Professor Dr. H. Daun
für die Erlaubnis der Durchführung dieser Untersuchung
an der Universitäts-Nervenklinik Erlangen.

Für die Überlassung des Themas und für die freund-
liche Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit
bedanke ich mich bei Herrn Diplompsychologen Dr. S. Lehl.

Vielen Dank auch den Stationsärzten, Krankenschwestern
und -pflegern, die durch ihre Mithilfe die Testabnahme
erst ermöglicht haben.

LEBENS LAUF

Name: Lothar Karl Goltz

Geburt: 22. 2. 1948 in Hof/Saale

Eltern: Alex Goltz, selbständiger Bäckermeister und
Elly Goltz, geb. Klich

Schule: 1954-1955 Volksschule in Hof
1955-1958 Volksschule in Nürnberg
1958-1968 Hans-Sachs-Gymnasium in
Nürnberg, Abitur

Studium an der Universität Erlangen:

1968-1971 Studium der Biologie,
1971 Vordiplom

1970-1973 Studium der Zahnmedizin,
1973 Zahnärztliche Vorprüfung,

1972-1977 Studium der Humanmedizin
1977 Zweiter Abschnitt der
Ärztlichen Prüfung

1977-1978 Praktisches Jahr im Städtischen
Krankenhaus Nürnberg in der
3. Medizinischen- und
I. Chirurgischen Klinik sowie
in der Dermatologischen
Universitätsklinik Erlangen

1978 Dritter Abschnitt der Ärztlichen
Prüfung

30.10.78 Approbation als Arzt.

Ab November 1978 Assistenzarzt in der
3. Medizinischen Klinik des Städtischen
Krankenhauses Nürnberg.

Zur Zeit auf Intensivstation tätig.

